

# Die Diagnose von Alzheimer-Demenz als klinische Wissenspraxis

Ethnologische Einblicke in zwei Berliner Gedächtnissprechstunden

Magisterarbeit von Martina Klausner

Dezember 2006

Betreuer: Prof. Dr. Stefan Beck

Institut für Europäische Ethnologie  
Humboldt-Universität zu Berlin  
Philosophische Fakultät I

## Inhaltverzeichnis:

<i>I. Panorama</i> .....	1
1. Einführung zur Alzheimer-Demenz .....	5
2. Auswahl und Lokalitäten des Feldes.....	7
3. EXKURS: Ethnografie als Diagnose? Zur Analogie zweier Wissenspraxen .....	11
<i>II. Wissenspraxen</i> .....	16
1. Was führt Sie heute zu uns? .....	16
2. Die Diagnose Alzheimer-Demenz als klinisches Feld.....	19
3. Zwischen Fachdiskurs und Diagnosepraxis: Zur Sicherheit der Diagnose Alzheimer-Demenz.....	23
<i>III. Diagnosen</i> .....	32
1. Übersetzungen .....	32
1.1. Sicherheit als Vertrauensleistung.....	33
1.2. Eine Frage der Perspektive? .....	41
1.3. Eine Sache der Aushandlung! .....	44
2. Selektionen.....	52
2.1. Diagnosepfade.....	53
2.2. Zur Varianz der Diagnose-Kategorien .....	61
2.3. Valide Diagnosetechniken .....	75
3. Legitimationen .....	85
3.1. Klinische Routine .....	85
3.2. Institutionelle Standards .....	88
<i>IV. Schlussbetrachtungen</i> .....	94
<i>V. Anhang</i> .....	97
1. Literaturverzeichnis:.....	97
2. Materialien .....	101

## I. Panorama

*Wichtiger Hinweis: Medizin als Wissenschaft ist im ständigen Fluss.<sup>1</sup>*

Diesen Hinweis geben die Herausgeber eines Lehrbuches für Neurologie und Psychiatrie Medizinstudenten und Medizinstudentinnen mit auf den Weg. Wie grundlegend sich medizinisches Wissen ändern kann, zeigt die Aussage über die Möglichkeit der Neubildung von Nervenzellen im Gehirn. 1928 befand der spanische Hirnforscher und Nobelpreisträger Ramón y Cajal, dass im erwachsenen Gehirn die Nervenbahnen starr und unveränderlich seien. Und: „Alles kann sterben, aber nichts kann regenerieren“<sup>2</sup>. Jahrzehntlang galt das Paradigma als unumstößlich, dass schon im Säuglingsalter die Teilung und damit die Neubildung von Nervenzellen aufhören würde; im genannten Lehrbuch aus dem Jahr 1998 heißt es in einem Kapitel über „Neuronale Regenerationsvorgänge“ entsprechend: „Nicht möglich sind: Vermehrung = Proliferation von Neuronen, Ersatz von untergegangenen Neuronen.“<sup>3</sup> Übertragen auf die Pathologie der Alzheimer-Demenz bedeutet dies, dass als Ursache für den geistigen Verfall eine Atrophie, also eine Schrumpfung des Gehirns, aufgrund des fortschreitenden irreversiblen Absterbens von Nervenzellen angesehen wird.

Die Aussagen des Hirnforschers Ramón y Cajal blieben nicht unwidersprochen, beachtet wurden entsprechende Gegenthesen in der Fachwelt jedoch lange Zeit nicht. Erst in den letzten Jahren begann man Hinweise auf ein unerwartetes Phänomen ernst zu nehmen: Neurogenese, die Neubildung von Nervenzellen im Gehirn.<sup>4</sup> Damit deutet sich ein Paradigmenwechsel in der Hirnforschung an. Für die Alzheimer-Demenz könnte dies ein Umdenken im Hinblick auf die Ursachen und Abläufe im Gehirn demenzkranker Patienten zur Folge haben: Möglicherweise erkranken Menschen nicht, weil im Gehirn Nervenzellen absterben, sondern weil die Funktion der Neurogenese gestört ist. Für den betroffenen Menschen macht diese neue wissenschaftliche Deutung der Ätiologie einer Alzheimer-Demenz kaum einen Unterschied, für die Wissenschaft hingegen stellt sich das Krankheitskonzept damit grundlegend anders dar.

Dass sich Konzepte von Krankheit nicht nur aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnis wandeln, sondern immer auch in Bezug zu historischen, lokalen und soziokulturellen Bedingungen und Veränderungen zu setzen sind, haben Forschungen der Medizinanthropologie und verwandter Disziplinen gezeigt.

---

<sup>1</sup> Neurologie und Psychiatrie für Studium und Praxis, hrsg. v. Markus Müller, Breisach am Rhein 1998, S. II.

<sup>2</sup> Zitiert nach Blech, Jörg: Hirn, kurier dich selbst! In: Der Spiegel, 20 (2006), S. 164-178, hier S. 166.

<sup>3</sup> Neurologie und Psychiatrie [wie Anm. 1], S. 43.

<sup>4</sup> Vgl. hierzu Thome, J. / Eisch, A. J.: Neuroneogenese – Neurogenesis. In: Der Nervenarzt, 76 (2005), S. 11-19; ein kurzer Überblick zur aktuellen Forschung an der Berliner Charité im Fachbereich Experimentelle Neurologie findet sich unter: [www.charite.de/ch/neuro/forschung/teams/experimentell/webgalery/neurogenesis.pdf](http://www.charite.de/ch/neuro/forschung/teams/experimentell/webgalery/neurogenesis.pdf) (Zugriff am 18. August 2006).

Auch zu Alzheimer-Demenz ist mittlerweile eine Vielzahl von Arbeiten entstanden, die sich mit der historischen und soziokulturellen Einbettung dieses Krankheitsbildes auseinandersetzen.<sup>5</sup> Zwei davon möchte ich an dieser Stelle exemplarisch herausgreifen:

Die US-amerikanische Gesundheitswissenschaftlerin Martha Holstein hat die Wandlung von wissenschaftlichen Krankheitskonzepten als Prozess der „disease negotiation“ beschrieben, als Aushandlung, die von kulturellen wie professionellen Normen, technologischen Möglichkeiten und intellektuellen Kontexten der jeweiligen Zeit geprägt ist.<sup>6</sup> In ihrer Arbeit über die historischen Anfänge der Alzheimerschen Krankheit in der deutschen Psychiatrie um die Jahrhundertwende zeigt Holstein, wie kulturelle Vorstellungen von Alter und Krankheit zu Beginn des 20. Jahrhunderts die wissenschaftliche Entdeckung und Deutung dieser Krankheit maßgeblich beeinflusst haben.

In ähnlicher Weise versteht die kanadische Medizinanthropologin Annette Leibing Alzheimer-Demenz als „disease in time“, gewissermaßen als Ausdruck dafür, welchen Status Gedächtnis in einem bestimmten historischen Zeitraum für eine Gesellschaft hat. Für die Moderne konstatiert sie, dass „Alzheimer’s might also be considered part of modernity’s preoccupation or even obsession with memory.“<sup>7</sup> Anhand ihrer Forschung in Brasilien über Alzheimer-Demenz und Altern beschreibt Leibing aber vor allem die Lokalität dieses Krankheitskonzeptes, das in Brasilien anders konzeptualisiert wird als beispielsweise in Japan oder Indien.<sup>8</sup> Alzheimer-Demenz ist in diesem Sinne sowohl als „disease of time“ als auch als „disease of place“ zu verstehen, als ein Konzept der westlichen Moderne, das in keiner Weise universell ist, sondern dessen Bedeutung immer historisch, lokal und kulturell kontextualisiert ist.<sup>9</sup>

Die Geschichte der Alzheimer-Demenz verdeutlicht somit einerseits, in welchem Maße die Medizin als wissenschaftliche Instanz an der Definition und Vermittlung von Krankheitskonzepten beteiligt ist und gleichzeitig, dass der Erfolg einer wissenschaftlichen Entdeckung nicht einfach in einer „Wahrheit der Fakten“ begründet liegt, sondern von wissenschaftsexternen, lokalen Faktoren maßgeblich beeinflusst wird.

---

<sup>5</sup> Vgl. hierzu die annotierte Bibliografie von Zöckler, Ann-Katrin: „Doing Alzheimer“ – (Wissenschaftliche) Perspektiven auf ein multidimensionales Problem unserer Zeit. Berlin 2005 (unveröffentlichtes Manuskript).

<sup>6</sup> Holstein, Martha: Alzheimer’s Disease and Senile Dementia, 1885-1920: an Interpretive History of Disease Negotiation. In: Journal of Aging Studies, 11 / 1 (1997), S. 1-13.

<sup>7</sup> Leibing, Annette: Flexible Hips? On Alzheimer’s Disease and Aging in Brazil. In: Journal of Cross-Cultural Gerontology, 17 (2002), S. 213-232, hier S. 214.

<sup>8</sup> Vgl. hierzu die Arbeiten von Cohen zu Senilität und Alzheimer-Demenz in Indien (Cohen, Lawrence: Toward an Anthropology of Senility: Anger, Weakness, and Alzheimer’s Disease in Banaras, India. In: Medical Anthropology Quarterly 9 / 3 (1995), S. 314-334; Ders.: No Aging in India, Alzheimers’s, the Bad Family, and Other Modern Things. Berkeley 1998) sowie die Arbeit von Traphagan zu Senilität in Japan (Traphagan, John W.: Taming Oblivion, Aging Bodies and the Fear of Senility in Japan. New York 2000).

<sup>9</sup> Vgl. hierzu Henderson, J. Neil: The Experience and Interpretation of Dementia: Cross-Cultural Perspectives. In: Journal of Cross-Cultural Gerontology, 17 (2002), S. 195-196.

In der vorliegenden Arbeit geht es um einen vergleichsweise kleinen Ausschnitt der „disease negotiation“ von Alzheimer-Demenz, der nicht primär von der gesellschaftlichen, soziokulturellen Einbettung dieses Krankheitsbildes handelt, sondern sich auf die Wissenspraxen der Diagnose konzentriert: den relativ kurzen Zeitraum der Diagnoseerhebung, in dem sich Arzt und Patient in einer so genannten Gedächtnissprechstunde gegenüber sitzen. Diese Diagnosesituation, die Basis medizinischer Praxen, verstehe ich als Schlüsselmoment, in dem sich Spuren sowohl gegenwärtiger als auch vergangener Konzepte dieses Krankheitsbildes wiederfinden lassen und die komplexen Wissenspraxen und Aushandlungsprozesse der beteiligten Akteure verdeutlicht werden können.

Die Diagnose *Alzheimer-Demenz* ist dabei aus zwei Gründen ein geeignetes Untersuchungsfeld: Erstens, ist es eine Krankheit, die in spezifischer Weise Medien und Politik beschäftigt. Unterschiedliche gesellschaftliche Debatten über die zukünftige Finanzierbarkeit der Gesundheits- und Pflegesysteme, über Renten und die demografische Entwicklung in Deutschland scheinen in dieser Krankheit diskursives Mahnmal und Schreckensgespenst in einem gefunden zu haben. Zum Zweiten ist diese Erkrankung ein wichtiges Feld der gegenwärtigen Hirnforschung. Dabei wurde in den letzten Jahren massiv in die Grundlagenforschung investiert.<sup>10</sup> Die steigende Zahl demenzkranker Patienten hat aber vor allem auch die Notwendigkeit verstärkt, therapeutische Maßnahmen, in erster Linie die medikamentöse Behandlung, zu verbessern.

Alzheimer-Demenz wird dabei im öffentlichen, medialen Diskurs als klar definierbare Entität dargestellt, in der medizinischen Forschung aber trotz aller Fortschritte als bisher nur in Ansätzen erklärbares Phänomen verstanden. Die Diagnosesituation veranschaulicht diese Divergenz in prägnanter Weise: Muss doch medizinisches Wissen, das konstant im Fluss ist, für die Diagnose in eine feste Form, in eine Kategorie übersetzt werden. Gerade in der klinischen Routine dieser Übersetzung von alltäglichen Wahrnehmungen des Patienten und wissenschaftlichen „Unsicherheiten“ in eine medizinisch klassifizierte, stabile Diagnose lassen sich die komplexen Bedingungen und Faktoren klinischer Diagnosepraxen sichtbar machen und ethnografisch dicht beschreiben.

Um meine Analyse auf den Akt der Stabilisierung von Wissen im Prozess der Diagnose zu lenken, habe ich als analytischen Fokus den Begriff Sicherheit gewählt. Meine Arbeit geht der Frage nach, wie Alzheimer-Demenz als gesicherte Entität in der Diagnosestellung erzeugt

---

<sup>10</sup> Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin 2005, S. 64ff..

wird. Mit dieser Fragestellung geht eine grundsätzliche Problematisierung von Faktizität einher. Gemeint ist damit aber nicht eine Auseinandersetzung mit der Frage, ob wissenschaftliche Tatsachen der Wahrheit entsprechen (können), sondern *wie* in den von mir untersuchten klinischen Wissenspraxen Tatsachen erzeugt und vermittelt werden. Alzheimer-Demenz verstehe ich in meiner Arbeit durchaus als körperliche Realität, die jedoch an verschiedenen Orten zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedlich medizinisch kontextualisiert wird. Diese medizinische Kontextualisierungsarbeit ist das, was ich als klinische Wissenspraxen bezeichne. In meiner Arbeit konzentriere ich mich dabei auf die Praxen der Mediziner, um zu zeigen, dass hinter der alltäglichen Routine der Erstellung einer Diagnose komplexe Aushandlungsprozesse stehen. Dabei knüpfe ich an Arbeiten aus dem Bereich der Medizinanthropologie und Medizinsoziologie an<sup>11</sup>, die betonen, dass medizinisches Wissen nicht auf Lehrbücher und naturwissenschaftlich orientierte Konzepte reduzierbar ist, sondern dass dieses Wissen vielfältig, situativ, lokal eingebettet und historisch unterschiedlich praktiziert wird. Der Reflektionsbegriff Sicherheit soll betonen, dass diese Kontextualisierung ein Prozess der *Stabilisierung* von Wissen ist.

Diesem Prozess werde ich anhand verschiedener Elemente klinischer Wissensarbeit im Hauptteil meiner Arbeit – *Diagnosen* – nachgehen und fragen *wie* die Diagnose Alzheimer-Demenz im Rahmen dieser Wissenspraxen praktiziert wird. Im ersten Teil *Panorama* werde ich erste Einblicke in die Geschichte und das Krankheitsbild der Alzheimer-Demenz geben und anschließend auf die konkrete Orte und Materialien meiner Arbeit eingehen. Am Ende des ersten Teils wird in einem Exkurs zu den Analogien von Ethnografie und Diagnose ein Reflektionsrahmen für meine eigenen Wissenspraxen eröffnet, der für voreilige Festschreibungen und Stereotypisierungen „fremder“ Wissenspraxen sensibilisieren soll. Der mittlere Teil meiner Arbeit – *Wissenspraxen* – dient der Vertiefung des Feldes und der Konkretisierung meiner Fragestellung. In den *Schlussbetrachtungen* werde ich die zentralen Aspekte meiner Arbeit zusammenführen.

---

<sup>11</sup> Siehe beispielsweise Mol, Annemarie / Berg, Marc (Hrsg.): *Differences in Medicine Unraveling. Practices, Techniques, and Bodies*. Durham / London 1998; Lock, Margaret / Young, Alan / Cambrosio, Alberto (Hrsg.): *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge 2000.

## 1. Einführung zur Alzheimer-Demenz

Am 3. November 1906 hielt der deutsche Psychiater Alois Alzheimer im Rahmen einer Fachtagung in Tübingen einen Vortrag mit dem Titel „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“. <sup>12</sup> Darin beschrieb er anhand der Krankengeschichte einer Patientin eine Form von Demenz, die später nach ihm als *Alzheimersche Krankheit* benannt wurde. Zwar war Demenz, damals als Altersblödsinn bezeichnet, in der Medizin schon vorher bekannt, allerdings verstand man Demenz als eine natürliche Begleiterscheinung des Alterns, die kaum als medizinisches Problem ernst genommen wurde. <sup>13</sup> Alois Alzheimer hatte den geistigen Verfall bei einer relativ jungen Patientin beschrieben und ging deshalb von einer eigenständigen Erkrankung aus. <sup>14</sup> Bei der Untersuchung des Gehirngewebes der Patientin nach ihrem Tod stellte Alzheimer fest, dass das Gehirn stark geschrumpft war. Zudem fanden sich in der Hirnrinde ihm unbekannte eigenartige pathologische Veränderungen: Eiweißablagerungen (so genannte *plaques*<sup>15</sup>) und Fibrillenbündel (so genannte *tangles*<sup>16</sup>), die er als Ursache für das massenhafte Absterben von Nervenzellen vermutete.

Emil Kraepelin, einer der einflussreichsten deutschen Psychiater seiner Zeit und Kollege Alzheimers, führte schließlich 1910 in einer Neuauflage seines Lehrbuchs für Psychiatrie ein neues Krankheitsbild ein: *Alzheimersche Krankheit*. Mit dieser erstmaligen Benennung und Beschreibung im Sinne Alzheimers legte Kraepelin die Unterscheidung zwischen altersbedingter, seniler Demenz (alias Altersblödsinn) und präseniler Demenz (alias Alzheimersche Krankheit) fest. <sup>17</sup> Erst Ende der 1960er Jahre, als neuere Studien wiederholt belegten, dass die pathologischen Befunde der *plaques* und *tangles* sich unabhängig vom Alter in den Hirnzellen demenzkranker Patienten finden ließen, ging man dazu über, Alzheimer-Demenz als Oberbegriff für eine bestimmte Form von Demenz zu verwenden, die sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Menschen auftreten kann.

Nach der gegenwärtig gültigen „Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen“ der Weltgesundheitsorganisation, dem ICD-10, wird Demenz als zunehmende Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens definiert, die mit Veränderungen im Sozialverhalten, der

---

<sup>12</sup> Der Tagungsbericht mit Alzheimers Vortrag ist nachzulesen in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 18 (1907), S. 177-189. Auf die historische Perspektive werde ich im Kapitel *Zur Varianz der Diagnosekategorien* zurückkommen.

<sup>13</sup> Für eine ausführliche Abhandlung der historischen Entwicklung des Konzepts von pathologischen und normalen Alterungsprozessen vgl. Holstein: *Alzheimer's Disease and Senile Dementia* [wie Anm. 6]; sowie Cohen, Lawrence: Introduction. In: Leibing, Annette / Cohen, Lawrence (Hrsg.): *Thinking about Dementia. Culture, Loss, and the Anthropology of Senility*. New Jersey 2006, S. 1-19.

<sup>14</sup> Vgl. hierzu Maurer, Konrad / Maurer, Ulrike: *Alzheimer. Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit*. München 1998, S. 198.

<sup>15</sup> Plaques sind extrazelluläre Ablagerungen des Beta-Amyloid-Proteins.

<sup>16</sup> Tangles sind intrazelluläre Faserknäuel aus Tau-Protein.

<sup>17</sup> Kraepelin, Emil: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Leipzig 1910, S. 628.



emotionalen Kontrolle und der Orientierung einhergehen und die Aktivitäten des täglichen Lebens massiv beeinträchtigen.<sup>18</sup> Die Alzheimer-Demenz als häufigste Form von Demenzerkrankungen<sup>19</sup> wird in zwei Typen unterschieden: Während bei der so genannten „early onset Alzheimer’s disease“, die vor dem 65. Lebensjahr auftritt, unter anderem genetische Faktoren eine Rolle zu spielen scheinen,<sup>20</sup> ist gerade bei der so genannten „late onset Alzheimer’s disease“ das Zusammenspiel von genetischen Faktoren, Umwelteinflüssen, Lebensstil und anderen Aspekten noch weitestgehend ungeklärt.<sup>21</sup> Ein zentraler Risikofaktor für die Erkrankung an Alzheimer-Demenz scheint jedoch festzustehen: das Alter. Während bei den über 65-jährigen die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung auf etwa 2% geschätzt wird, ist nach aktuellen Schätzungen bei den über 85-jährigen bis zu jeder 4. von dieser Krankheit betroffen.<sup>22</sup>

Seit den 1980er Jahren hat die Alzheimer-Demenz sowohl im biomedizinischen als auch im gesellschaftlichen Diskurs verstärkt an Aufmerksamkeit gewonnen. Dominiert wurden diese Diskurse – sei es in medizinischen Fachzeitschriften, von Patientenverbänden oder gesundheitspolitischen Akteuren – von einem ganz spezifischen Narrativ: die demografische Entwicklung (Stichwort „Vergreisung der Gesellschaft“) wird mit dem erhöhten Risiko für diese Krankheit im Alter zu einer bevorstehenden „dramatischen Entwicklung“ kombiniert, die zum Handeln gegen Alzheimer-Demenz herausfordert.

Obgleich neue Erkenntnisse in der Grundlagenforschung und nicht zuletzt auch in der Molekulargenetik das professionelle Verständnis über diese Krankheit in den letzten Jahren stark verändert haben, können die Ursachen und vielschichtigen Zusammenhänge über die Veränderungen im Gehirn eines Alzheimer-Patienten bis heute noch nicht ausreichend erklärt werden. 100 Jahre nach der erstmaligen Beschreibung dieser Krankheit ist die Fachliteratur nach wie vor geprägt von unterschiedlichen Erklärungsmodellen und Theorien zu möglichen Ätiologien und Methoden der Behandlung sowie Möglichkeiten der Prävention dieser Krankheit.<sup>23</sup> Bis heute gibt es weder nachweisbar effektive Maßnahmen zur Prävention noch

---

<sup>18</sup> Mahlberg, Richard / Gutzmann, Hans: Diagnostik von Demenzerkrankungen. In: Deutsches Ärzteblatt, 102 / 28-29 (2005), S. A-2032-39, hier S. A-2034.

<sup>19</sup> Circa 60 % aller Demenzerkrankungen werden als Alzheimer-Demenz diagnostiziert. Siehe hierzu Mahlberg / Gutzmann: Diagnostik von Demenzerkrankungen [wie Anm. 18], S. A-2033.

<sup>20</sup> Die Schätzungen zu direkt vererbter, genetisch bedingter Alzheimer schwanken zwischen 1% und 5% aller Fälle von Alzheimer-Demenz.

<sup>21</sup> Nowotny, Petra / Kwon, Jennifer / Goate, Alison: Alzheimer’s Disease. In: Encyclopedia of Life Sciences. Elsevier 2001, S. 1-6.

<sup>22</sup> Ebd., S. 2.

<sup>23</sup> Vgl. beispielhaft zu Prävention: Laske, Christoph / Morawetz, Carmen / Buchkremer, Gerhard / Wormstall, Henning: Präventive Maßnahmen bei demenziellen Erkrankungen. In: Deutsches Ärzteblatt 102 / 20 (2005), S. A-1446-52; und die daran anschließende Diskussion in: Deutsches Ärzteblatt 102 / 50 (2005), S. A 3520-23; zur Therapie mit Antidementiva siehe beispielsweise Rieser, Sabine: Antidementiva: Wirkung mit Fragezeichen. In: Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), A 318; sowie das Editorial in The Lancet Neurology: „Are We Missing the Point in Dementia Research?“, 3 (2004); eine aktuelle Studie des britischen National Institute for Health and



Therapieansätze, die mehr erreichen können als das Fortschreiten der Krankheit für einen begrenzten Zeitraum zu verzögern.<sup>24</sup> Die so genannten Anti-Dementiva, die derzeit auf dem Markt sind, können den Zustand eines Patienten für circa ein Jahr stabilisieren. Sie können aber eine bereits stattgefundene Schädigung des Gehirns weder rückgängig machen noch ein Fortschreiten der Krankheit langfristig verhindern. Aus medizinischer Sicht gibt es durchaus gesicherte Erkenntnisse zu Alzheimer-Demenz, allerdings ist auffallend, dass nicht nur bei den Schätzungen zum Risiko einer Erkrankung, sondern auch bei Erklärungen zur Ätiologie von Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten gesprochen wird.<sup>25</sup>

Professionelles Wissen über Alzheimer hat somit, ähnlich wie bei anderen multifaktoriellen Krankheiten, in besonderem Maße den Status von *knowledge-in-flux*<sup>26</sup>, das heißt Forschungsergebnisse werden laufend revidiert, kontrovers diskutiert und weiterentwickelt. Wie ich am Beispiel der Neurogenese angedeutet habe, werden zwar ständig neue Erkenntnisse über diese Krankheit produziert. Diese liefern aber bisher eher neue Forschungsansätze und weniger eindeutige und gesicherte Antworten. Ungeachtet dessen sind der behandelnde Arzt und der betroffene Patient von einer Diagnose abhängig, um weitere Maßnahmen zur Behandlung und Pflege einzuleiten.

## 2. Auswahl und Lokalitäten des Feldes

Die Notwendigkeit, sich mit dem Thema Alzheimer-Demenz auseinander zu setzen wird sowohl auf Seiten von Patienten- und Angehörigenlobbygruppen als auch von Seiten der Medizin mit statistischen Berechnungen untermauert. Nach offiziellen Angaben sind allein in Berlin 50 000 Menschen an Alzheimer-Demenz erkrankt, wobei man eine hohe Dunkelziffer betont.<sup>27</sup> Hausärzte als erste Ansprechpartner für potentielle Alzheimer-Patienten tun sich aus verschiedenen Gründen schwer mit der Diagnose Alzheimer-Demenz<sup>28</sup>: Zum einen können oder wollen Alzheimer-Patienten ihre Krankheit oftmals nicht wahrnehmen und bemühen sich ihre zunehmende Vergesslichkeit zu verbergen.<sup>29</sup> Zweitens ist die Diagnose von Alzheimer-

---

Clinical Excellence über die Wirksamkeit der verschiedenen Antidementiva findet sich unter: [www.nice.org.uk/guidance/TA111](http://www.nice.org.uk/guidance/TA111) (Zugriff am 28. November 2006).

<sup>24</sup> Siehe dazu beispielsweise Nowotny et al.: Alzheimer's Disease [wie Anm. 21].

<sup>25</sup> Zur Diskussion der unterschiedlichen neuropathologischen Deutungen der Alzheimer-Demenz siehe beispielsweise Keller, Jeffrey N.: Age-Related Neuropathology, Cognitive Decline and Alzheimer's Disease. In: *Ageing Research Reviews*, 5 (2006), S. 1-13.

<sup>26</sup> Lock, Margaret / Freeman, Julia / Sharples, Rosemary / Lloyd, Stephanie: When it runs in the Family: Putting Susceptibility Genes into Perspective (eingereicht zur Veröffentlichung in: *Public Understanding of Science*, 2005), S. 10.

<sup>27</sup> Diese Zahl gibt die Alzheimer-Gesellschaft Berlin e. V. an; [www.alzheimer-berlin.de](http://www.alzheimer-berlin.de) (Zugriff am 7. Mai 2006).

<sup>28</sup> Es wird deshalb gefordert, Hausärzte stärker in der Diagnostik von Demenzen auszubilden. Vgl. hierzu Mahlberg / Gutzmann: Diagnostik von Demenzerkrankungen [wie Anm. 18].

<sup>29</sup> Die fehlende Krankheitseinsicht gilt als ein typisches Symptom dieser Demenzform.

Demenz relativ zeitaufwendig und auf diverse Techniken angewiesen, die einem Hausarzt meist nicht zur Verfügung stehen; und drittens sind die Möglichkeiten der Behandlung eingeschränkt: Anti-Dementiva sind nur begrenzt effektiv, zudem sehr kostspielig und würden das Budget eines niedergelassenen Hausarztes überlasten. Deshalb kommt es in der Regel bei Verdacht auf eine Demenzerkrankung zur Überweisung an einen niedergelassenen Facharzt beziehungsweise an eine Gedächtnissprechstunde.

In Berlin gibt es in etwa acht dieser Spezialsprechstunden. Ein Großteil der Berliner Gedächtnissprechstunden befindet sich in forschenden Einrichtungen, vor allem an der Universitätsklinik Charité. Außerdem sind fast alle in psychiatrisch oder neuro-psychologisch ausgerichteten Institutionen zu finden. Meines Wissens gibt es in Berlin nur eine Gedächtnissprechstunde in einer neurologischen Abteilung. Universitäre Spezialsprechstunden legitimieren sich in erster Linie als Forschungseinrichtungen und dienen vor allem zur Erhebung von Daten zu Forschungszwecken und zur Rekrutierung von Probanden für klinische Studien. Allerdings führt die Schwierigkeiten vieler Hausärzte, Demenzen zu diagnostizieren, und der zahlenmäßige Anstieg von Patienten, die mit einer Demenz diagnostiziert werden, immer mehr dazu, dass in universitären Gedächtnissprechstunde auch eine quasi hausärztliche Versorgung ohne direkte Relevanz für konkrete Forschungszwecke erfolgt.

Den Hauptteil meiner Feldforschung habe ich in einer gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde der Berliner Charité durchgeführt. Diese Spezialsprechstunde ist Teil einer Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsklinik. „Erkrankungen des Alterns“ heißt der Oberbegriff, unter dem die Gedächtnissprechstunde, eine Ambulanz und eine Tagesklinik aufgeführt werden. Die Sprechstunde findet dort an drei Vormittagen die Woche statt. Meine Feldforschung hat sich in der Gerontopsychiatrie auf eine Ärztin und ihre Arbeit in der Sprechstunde beschränkt. Ich hatte anfangs das Angebot bekommen, im Rahmen der dortigen Forschungen auch ausführlich mit Patienten zu arbeiten, hätte mich dann allerdings mit meinem Forschungskonzept inhaltlich und vor allem methodisch in die dortigen Forschungsstandards einfügen müssen. Obwohl ich mich gegen diese Einbindung entschied,<sup>30</sup> ermöglichte mir eine Psychiaterin der Gedächtnissprechstunde über mehrere Wochen lang ihre Arbeit zu begleiten und an insgesamt zwanzig Diagnosesituationen teilzunehmen. Mein Aufenthalt war auf das Wartezimmer und das Sprechzimmer der Ärztin begrenzt. Einige Male hielt ich mich zusammen mit der Ärztin im Anmeldezimmer und dem damit verbundenen Behandlungszimmer auf. Ansonsten war mir ein Blick „hinter die Kulissen“, das heißt beispielsweise die Teilnahme an Teambesprechungen oder die Begleitung der

---

<sup>30</sup> Konkret hätte das bedeutet, dass ich eine rein quantitative Forschung hätte durchführen müssen; eine qualitative Studie erschien dem Oberarzt der Einrichtung als „nicht relevant“.

Arbeit in der dazugehörigen Tagesklinik, nicht möglich. Hinzukam, dass ich keine Möglichkeit hatte, mit den Patienten selbst zu sprechen und deren Sichtweise zu erfragen.

Diese Beschränkung meiner Forschungsperspektive empfand ich zu Anfang durchaus problematisch und sicherlich waren mir dadurch einige Bereiche klinischer Wissensarbeit versperrt.<sup>31</sup> Allerdings verstand ich diese Beschränkung mit der Zeit als Herausforderung, das was ich sehe und höre, im Detail darzustellen und dessen Vielschichtigkeit ethnografisch dicht zu beschreiben. So wurde das, was ich anfangs als relativ „zweidimensionale“ und passive Forschung empfunden hatte, zunehmend komplexer und viel-seitiger.<sup>32</sup> Zu verdanken ist dies maßgeblich der Offenheit der Ärztin und den zahlreichen Gesprächen, die sich mit ihr ergeben haben.

Entscheidend geprägt wurde meine Arbeit durch den Vergleich zweier unterschiedlicher Gedächtnissprechstunden. Die Empfehlung, mir als Kontrast eine neurologische Gedächtnissprechstunde anzusehen, hatte mir die Psychiaterin in der Gerontopsychiatrie gegeben, mit dem Hinweis, Neurologen und Psychiater würden Alzheimer-Demenz durchaus unterschiedlich diagnostizieren. Die neurologische Gedächtnissprechstunde, an der ich meinen zweiten Teil der Feldforschung durchgeführt habe, ist ebenfalls an der Berliner Charité angesiedelt und Teil der Klinik für Neurologie. Einmal wöchentlich hält dort ein Neurologe die Sprechstunde ab, Teile der Diagnostik werden zusätzlich von einer Psychologin durchgeführt. Zwar war es mir nur möglich, an einem einzigen Tag dort zu forschen, allerdings war die Anzahl der an diesem Tag versorgten Patienten ähnlich wie in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde im Zeitraum von ein bis zwei Wochen.<sup>33</sup>

Der Vergleich dieser beiden Gedächtnissprechstunden verdeutlicht die Lokalität und Kontextabhängigkeit klinischer Wissenspraxen. So zeigten sich in meiner Feldforschung – trotz aller Parallelen – in einigen Bereichen der Diagnosestellung entscheidende Unterschiede in Psychiatrie und Neurologie, die ich nicht nur beobachten konnte, sondern auch konkret mit den beiden Ärzten diskutierte. Beeindruckend war, dass meine beiden Gesprächspartner, trotz chronischem Zeitmangel im Klinikbetrieb, sich immer wieder mit meinem Forschungsanlie-

---

<sup>31</sup> Beispielsweise wurden die ökonomischen Bedingungen des Diagnoseprozesse mitunter im Gespräch von den Ärzten durchaus thematisiert. Um die Ökonomie der Diagnose Alzheimer-Demenz und deren Auswirkungen auf die klinischen Wissenspraxen ethnografisch dicht beschreiben zu können, hätte ich Faktoren, die außerhalb des Diagnosegesprächs liegen, mit berücksichtigen müssen, wozu ich aber während meiner Feldforschung keinen Zugang hatte.

<sup>32</sup> Von *Teilnehmender* Beobachtung im eigentlichen Sinn kann hier jedoch nicht die Rede sein, da sich meine Feldforschung in erster Linie auf das *Beobachten* der Diagnosesituation und Gespräche mit den Ärzten beschränkt hat.

<sup>33</sup> Im Zeitraum meiner Feldforschungsphase arbeitete der Neurologe gerade einen Kollegen ein, mehr als einen Beobachter während der Diagnosegespräche wollte er den Patienten nicht zumuten. Dennoch hatte er sich bemüht meinem Anliegen gerecht zu werden und es so organisiert, dass ich zumindest für einen Tag in der Neurologie feldforschen konnte.

gen auseinandergesetzt haben. So kann man, bezogen auf die wissenschaftliche Expertise meines Feldes, meine Forschung zwar durchaus als „research up“ bezeichnen. Von den betreffenden Ärzten wurde mir eher das Gefühl einer Forschung auf Augenhöhe vermittelt.<sup>34</sup>

In meiner Arbeit verstehe ich die beiden Mediziner, die ich während meiner Feldforschung begleitet habe als exemplarische Vertreter ihrer Disziplinen. Zudem ist ihre Arbeit maßgeblich durch die wissenschaftliche Ausrichtung der universitären Gedächtnissprechstunden geprägt. Dass heißt, dass ihre Arbeit sowohl die Behandlung der Patienten als auch die Forschung im Blick hatte. Die Interaktion mit den Patienten ist für klinisches Arbeiten zwar eine wichtige Grundlage, aber gleichzeitig nur *ein* Aspekt klinischer Wissenspraxen. Wie bestimmte Diagnosetechniken oder Forschungsinteressen die Wissensarbeit der Ärzte strukturieren und beeinflussen wird in meiner Arbeit deshalb auf gleicher Ebene analysiert wie die Bedeutung der Arzt-Patient-Interaktion.

Zum empirischen Material ist zu sagen, dass in allen Fällen – egal ob es die Diagnosesituation oder das Gespräch mit einem Arzt betrifft – Gesprächsnotizen die Grundlage meiner empirischen Daten sind. Aufgrund des Datenschutzes stand ein Aufnehmen der Diagnosegespräche außer Frage. Da sich die Gespräche mit den Ärzten meist zwischendurch ergaben, kam auch hier kein Aufnahmegerät zum Einsatz. In der Verschriftlichung meiner Notizen habe ich versucht, einerseits den „Gesprächston“ nicht verschwinden zu lassen, andererseits fachlich korrekt zu beschreiben und gleichzeitig meine Notizen soweit ethnografisch zu verdichten, dass sie für die vorliegende Arbeit verwendbar sind.<sup>35</sup>

Neben meiner Feldforschung in den beiden Sprechstunden habe ich außerdem Veranstaltungen besucht, die im weitesten Sinne Alzheimer-Demenz und medizinische Wissenspraxen zum Thema hatten.<sup>36</sup> Zentraler Bestandteil meiner Forschung war zudem die Auseinandersetzung mit medizinischer Fachliteratur. Diese Fachdiskurse waren für mich wichtig, um die Bedeutungen, welche die Praxen für und durch die Wissenschaftler haben, verstehen und analysieren zu können. Dabei interessierten mich nicht nur die gegenwärtigen Diskurse über Alzheimer-Demenz in der Medizin, sondern auch historischen Quellen beziehungsweise Texte, die die Historizität dieser Wissenspraxen verdeutlichen. Die Historizität – im Sinne von „disease of time“ – der Diagnose Alzheimer-Demenz bildet eine weitere Vergleichsper-

---

<sup>34</sup> Ich denke allerdings, dass dies davon abhängt, auf welcher Ebene klinischer Hierarchien man den Einstieg ins Feld findet. Wie schon angedeutet war der Oberarzt der Gerontopsychiatrie mit meinem methodischen Vorgehen nicht einverstanden, auf dieser Ebene der klinischen Hierarchie hätte ich mit meinem Forschungsanliegen ohne Anpassung meiner Methoden keinen Zugang zum Feld erhalten.

<sup>35</sup> Je nach Art und Dauer des Diagnosegesprächs war die schriftliche Ausarbeitung zwischen 5-10 Seiten lang.

<sup>36</sup> Dazu gehört beispielsweise die Jahrestagung des Nationalen Ethikrates zum Thema „Morbus Alzheimer“ oder ein öffentlicher Kongress der Alzheimer-Angehörigen-Initiative. Verwendet werde ich allerdings nur Notizen, die ich während einer Vortragsreihe am Tag der Gesundheitsforschung an der Charité erstellt habe.

spektive meiner Arbeit. Neben medizinischer Fachliteratur bildete Literatur aus der Medizinanthropologie und verwandten Disziplinen, vor allem aus dem Feld der Medizinsoziologie und der Science and Technology Studies, einen wichtigen Bezugsrahmen. Von den möglichen Analogien der Wissenskulturen von Medizin und Ethnologie handelt der folgende Exkurs.

### 3. EXKURS: Ethnografie als Diagnose? Zur Analogie zweier Wissenspraxen

Mit der Reflektion der Analogie von Ethnografie und Diagnose bewege ich mich in einer langjährigen Diskussion über die Unterschiede und Abgrenzung naturwissenschaftlicher und geistes- sowie sozialwissenschaftlicher Theorien und Arbeitsweisen.<sup>37</sup> Mir geht es hier nicht um eine Abhandlung der entsprechenden Kontroversen, vielmehr soll durch die Frage nach den Analogien ein Reflektionsrahmen für meine Arbeit erzeugt werden.<sup>38</sup> Bei der Thematisierung „fremder“ Wissenspraxen ist meiner Meinung nach die Reflektion von Theorie und Methodologie, die die eigenen Wissenspraxen koordinieren, unerlässlich.

Einen Vergleich über die Methoden *Ethnografie* und *klinische Schlussfolgerung* stellt Clifford Geertz in seinem programmatischen Text „Dichte Beschreibung“<sup>39</sup> an. In diesem Klassiker der Ethnologie beschreibt Geertz die Untersuchung von Kultur als interpretierende Analyse von Bedeutungsstrukturen. Geertz verdeutlicht die ethnologische Suche nach Bedeutungen an Gilbert Ryles Unterscheidung von Zucken und Zwinkern: Man könnte das Zucken eines Augenlides als rein physiologischen Ablauf beschreiben oder aber als Zwinkern deuten, als Vorgang mit einer dahinterstehenden Bedeutung.<sup>40</sup> Die differenzierte Interpretation des jeweiligen Einzelfalls mit seinen dahinterliegenden Bedeutungen ist das Ziel der dichten Beschreibung.

Diese Arbeitsweise des Ethnologen im Sinne einer dichten Beschreibung setzt Geertz mit der klinischen Schlussfolgerung des Arztes gleich: Die klinische Schlussfolgerung

„...geht nicht so vor, dass sie eine Reihe von Beobachtungen anstellt, und sie dann einem beherrschenden Gesetz unterordnet, sondern geht vielmehr von einer Reihe (mutmaßlicher) Signifikanten aus, die sie in einen verständlichen Zusammenhang zu bringen sucht. Die Messungen entsprechen zwar den theoretischen Vorhersagen, aber die Symptome

---

<sup>37</sup> Zu diesen Auseinandersetzungen, den so genannten science wars siehe unter anderem Hacking, Ian: Was heißt „soziale Konstruktion“? Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften. Frankfurt a. M. 1999, insbesondere Vorwort, S. 7-10, und Kapitel 1: Konstruktion wovon?, S. 11-60; einen Überblick über die verschiedenen anthropologischen Kritikansätze und Konzeptualisierungen der Naturwissenschaft(en) gibt Franklin, Sarah: Science as Culture, Cultures of Science. In: Annual Review of Anthropology 24 (1995), S. 163-84.

<sup>38</sup> Auf die Grenzen dieser Analogie werde ich in den *Schlussbetrachtungen* meiner Arbeit eingehen.

<sup>39</sup> Geertz, Clifford: Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme, Frankfurt a. M. 1999.

<sup>40</sup> Ebd., S. 10 ff..

werden (selbst dann, wenn sie gemessen werden) auf ihre theoretische Besonderheit hin geprüft – d. h. diagnostiziert.“<sup>41</sup>

Gemeinsam ist der ethnografischen Interpretation und der klinischen Diagnose, dass sie im Rahmen von theoretischem Hintergrundwissen nach den spezifischen Bedeutungen im Einzelfall suchen. Somit gleichen sich Diagnose und Ethnografie, so Geertz, in der „Art und Weise, in der die Theorie eingesetzt wird – zum Aufspüren der nicht augenfälligen Bedeutung von Dingen“<sup>42</sup>.

Übertragen auf mein Feld heißt das: Der Arzt in der Gedächtnissprechstunde interpretiert entsprechend seiner klinischen Erfahrung und seinem medizinischen Fachwissen die Aussagen und das Verhalten des Patienten in Hinblick auf ein mögliches dahinter liegendes Krankheitsbild. Hierzu ein – stark verdichtetes – Beispiel aus einer Diagnosesituation: Eine Tochter ist mit ihrer Mutter zur Sprechstunde gekommen. Im Gespräch mit dem Arzt beschreibt die Tochter die geistigen Veränderungen der Mutter und verschiedene Alltagssituationen, in denen sich eine zunehmende Gedächtnisschwäche bemerkbar gemacht habe. Schließlich wendet sich der Arzt an die Mutter: „Frau M., wie sehen Sie das? Sind Sie in letzter Zeit vergesslicher geworden?“ Frau M. antwortet entrüstet: „Nein!! Aber meine Hüfte, die schmerzt in letzter Zeit sehr.“ Der Arzt notiert in der Krankenakte: Anosognosie (Krankheitsuneinsichtigkeit), ein typisches Symptom bei Alzheimer-Demenz. Der Arzt kennt diese Situation aus seiner tagtäglichen klinischen Praxis: Die Patienten selbst wollen oder können die Verhaltensveränderungen und zunehmenden Gedächtnisstörungen nicht wahrnehmen. Die Beschreibung der Tochter hatte bei ihm einen ersten Verdacht ausgelöst. Dieser Idee folgend, deutet er die ihm angebotenen Informationen und Beobachtungen. Nachdem er einige weitere Testungen durchgeführt hat, diagnostiziert der Arzt aufgrund seiner klinischen Erfahrung und vor seinem wissenschaftlichen Hintergrund: Alzheimer-Demenz.

Die Ethnologin, die neben ihm sitzt und die Situation beobachtet, notiert den Gesprächsablauf. In der Sichtung ihres Materials deutet sie die gegebenen Informationen und Beobachtungen im Rahmen ihrer eigenen Wissenspraxis: Der Arzt übersetzt die subjektiven Beschreibungen des Patienten und der Angehörigen in eine medizinische Fachsprache und selektiert die Aussagen für die Krankenakte. In der Bearbeitung ihres empirischen Materials kommt sie schließlich zu der ethnografischen Schlussfolgerung: Im Rahmen seiner klinischen Wissenspraxen klassifiziert und standardisiert der Arzt die alltäglichen Beschreibungen des Patienten. Klinische Wissenspraxen sind Praxen der Selektion, Objektivierung und Standardisierung.

---

<sup>41</sup> Geertz: Dichte Beschreibung [wie Anm. 39], S. 37.

<sup>42</sup> Ebd., S. 37.



Beide, Arzt und Ethnologin, gehen geprägt von ihrem spezifischen disziplinären Hintergrund an den Einzelfall heran. Einer Idee folgend selektieren und interpretieren sie die relevanten Informationen, um zu einer der eigenen Wissenskultur entsprechenden Interpretation der „Zeichen“ zu kommen. Um mit Geertz zu sprechen, sowohl der Arzt als auch die Ethnografin verstehen das Zucken als Zwinkern, deren „nicht augenfällige Bedeutung“<sup>43</sup> es zu deuten gilt. Die Ethnografie und, wenn man Geertz' Analogie folgt, auch die Diagnose entsprechen daher nicht einer experimentellen Wissenschaft, „die nach Gesetzen sucht“, sondern sind Interpretationen, „die nach Bedeutungen“ suchen.<sup>44</sup> Diese Abgrenzung der Ethnologie gegenüber experimentellen Wissenschaften wurde allerdings an anderer Stelle als explizite Abgrenzung gegenüber den Naturwissenschaften gedeutet.<sup>45</sup> Für mich stellt sich hier die Frage, inwieweit die Medizin den Naturwissenschaften zuzuordnen ist, beziehungsweise um was für eine Wissenschaft es sich bei der Medizin handelt. Ist die Diagnose wirklich der Ethnografie gleichzustellen und damit eher einer Wissenschaft des „Verstehens“ als des „Erklärens“ zuzuschreiben?<sup>46</sup>

Tatsächlich ist eine einfache Einordnung der Medizin als Wissenschaft schwierig, dennoch möchte ich im Folgenden den Versuch einer Standortbestimmung der Medizin in den Wissenschaften eingehen. Grundsätzlich ist festzustellen, dass es nicht *eine* Medizin gibt. Medizin ist lokal verschieden, hat je unterschiedliche gesellschaftliche Handlungsräume und Bedeutungen, und ist in unterschiedliche Ausrichtungen und Selbstverständnisse differenziert. In der westlichen modernen Medizin sind jedoch zwei generelle Aspekte, die die Medizin als Unternehmen prägen, festzustellen. Ausgangspunkt ärztlichen Handelns ist die Arzt-Patient-Beziehung. Die Arbeit des Arztes ist auf den individuellen, kranken (oder potentiell kranken) Menschen ausgerichtet, dessen Behandlung Ziel medizinischer Praxis ist. Der zu behandelnde Einzelfall stellt eine Maxime der Medizin dar.

Dennoch: ohne naturwissenschaftliche Grundlagen wäre die gegenwärtige westliche Medizin nicht denkbar. Das Konzept einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin entwickelte sich im 19. Jahrhundert, deren Programm „im Wesentlichen darin [besteht], theoretisch gesicherte und experimentell geprüfte Annahmen über die Funktionsweisen des Organismus und ihre möglichen Abweichungen zu formulieren und daraus gesicherte ärztliche Handlungen abzuleiten“<sup>47</sup>. Diese naturwissenschaft-analytische Orientierung wurde in der Medizin zum

---

<sup>43</sup> Geertz: Dichte Beschreibung [wie Anm. 39], S. 37.

<sup>44</sup> Ebd., S. 9.

<sup>45</sup> Franklin: Science as Culture [wie Anm. 37 ], S. 165.

<sup>46</sup> Diese Unterscheidung zwischen „Verstehen“ und „Erklären“ ist eine klassische Differenzierung zwischen den Geisteswissenschaften und Naturwissenschaften.

<sup>47</sup> Labisch, Alfons / Paul, Norbert: Medizin: Zum Problemstand. In: Lexikon der Bioethik, Band II, Gütersloh 2000, S. 631-642, hier S. 631ff.



„zentralen Kriterium der Qualität medizinischer Verfahrensweisen“<sup>48</sup>. Dahinter steht der Versuch medizinische Praxis überprüfbar und damit auch kontrollierbar zu machen. Biomedizinisch-naturwissenschaftliches Wissen dient aber nicht einfach der Überprüfung der Praxis im Nachhinein, sondern determiniert auch „die zulässige Sichtweise, die der Kliniker zu einem praktischen Problem einnehmen kann.“<sup>49</sup> Die wissenschaftliche Ausrichtung der Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts prägte beispielsweise nachhaltig die Sichtweise, dass hinter psychischen Störungen eine organische Ursache liegen muss, selbst wenn man sie noch nicht erklären kann.<sup>50</sup>

Die Aufgabe der Diagnosestellung ist es, einem Einzelfall ein naturwissenschaftlich-analytisch begründetes Krankheitsbild zuzuordnen. Die zunehmende naturwissenschaftliche Orientierung in der Medizin führte allerdings dazu, dass der einzelne Patient in erster Linie als Träger einer nosologisch klassifizierbaren Krankheit, als Fall wahrgenommen wird. Diese Auffassung vom Status des Patienten in der wissenschaftsorientierten Biomedizin als Fall führte auch zu Kritik an Geertz' Analogie von Ethnografie und klinischer Schlussfolgerung. In einer Arbeit über die Rolle des Patienten in der biomedizinischen Psychiatrie stellt der spanische Medizinanthropologe Angel Martínez-Hernández das Geertz'sche Verständnis der Diagnose als „Interpretation von Bedeutungen“ in Frage.<sup>51</sup> In der klinischen Schlussfolgerung sieht Martínez-Hernández vielmehr eine Reduktion der Symptome auf rein körperliche Zeichen, die als pathologisch begründet verstanden werden. Die Biomedizin ignoriert beziehungsweise reifiziert deren dahinterliegende Bedeutungen, der Patient verstummt.

Mit der verkürzten Darstellung dieser beiden Aspekte – Patientenorientierung und naturwissenschaftliche Grundlagen – möchte ich betonen, dass die Medizin weder durch den Begriff der (Natur-)Wissenschaft noch durch den Begriff der Praxis hinreichend gekennzeichnet ist, sondern gerade ein Wechselspiel von Theorie und Praxis grundlegend für die Medizin ist. Medizin als eine Wissenschaft, die auf Handlung ausgerichtet ist, nimmt demnach eine Sonderstellung in den Wissenschaften ein.

Es ging mir in diesem Exkurs darum, mich gegenüber vereinfachten polarisierenden Positionen verorten, die in der Kritik der Deutungsmacht der Biomedizin medizinische Arbeitswei-

---

<sup>48</sup> Ebd., S. 632.

<sup>49</sup> Ebd., S. 632.

<sup>50</sup> Prominenter Vertreter der wissenschaftlichen Orientierung der deutschen Psychiatrie war der Psychiater Emil Kraepelin, der auch die Alzheimersche Krankheit das erste Mal in seinem Lehrbuch für Psychiatrie erwähnt hat. In den USA wird die gegenwärtige Biopsychiatrie auch als Neo-Kraepelinismus bezeichnet. Die Entdeckung und Benennung der Alzheimerschen Krankheit ist unter anderem dieser wissenschaftlichen Ausrichtung der Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts geschuldet. Siehe auch den Abschnitt zur *Historizität der Diagnosekategorien* in dieser Arbeit, S. 68ff.

<sup>51</sup> Martínez-Hernández, Angel: *What's behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. Amsterdam 2000, S. 5ff..

sen auf ein analytisch-naturwissenschaftliches Konzept reduzieren und die vielfältigen Aus-handlungsprozesse im Arzt-Patient-Verhältnis ignorieren. Die Thematisierung der Analogien von Diagnose und Ethnografie soll vielmehr den Blick dafür schärfen, dass es in der Medizin ebenso wie in den Sozialwissenschaften unterschiedliche Ausrichtungen und Selbstverständ-nisse gibt, und Theorie und Methodologie nicht mit den tatsächlichen Arbeitsweisen in der alltäglichen Praxis verwechselt werden sollten.

## II. Wissenspraxen

### 1. Was führt Sie heute zu uns?

Ein Mittwoch im November, es ist kurz nach neun Uhr. Ich sitze im Wartebereich der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde und warte auf die Ärztin, bei der ich hospitiere. In dem hellen Vorraum zur Anmeldung befinden sich einige Sitzmöglichkeiten, zwei Tische mit Zeitschriften und Info-Broschüren. Eine Frau, Mitte Vierzig, sitzt mir gegenüber, neben ihr eine ältere Frau, wohl ihre Mutter. Sie unterhalten sich über alltägliche Dinge. Als die Tochter fragt, wie denn noch einmal der Supermarkt hieße, in dem die Mutter immer einkauft, wehrt diese ab, sie würde heute nicht so gut hören, sei wohl „mit dem falschen Ohr aufgewacht“. Die beiden lachen. So früh am Morgen sei das mit dem Denken halt nicht so leicht. Sie unterhalten sich weiter, kommen schließlich auf das Thema Demenz und Alzheimer zu sprechen. Worin da wohl der Unterschied bestünde? Die Mutter meint zu wissen, dass Demenz hieße, die Leute seien immer krank. „Wenn man nur alles wüsste, was der Arzt weiß“, fügt die Tochter mit einem Seufzer hinzu.

Wenn man alles wüsste, was der Arzt weiß. Das Fachwissen des Arztes, seine Expertise als Vertreter der Medizin ist es, die Mutter und Tochter in die Gedächtnissprechstunde geführt haben. Menschen kommen in der Regel zum Arzt, wenn sie Veränderungen – seien es körperliche oder wie im Falle der Gedächtnissprechstunde vorwiegend kognitive Veränderungen –, die sie im Alltag wahrnehmen, nicht mehr autonom bewältigen können. Man ist besorgt und erwartet vom Arzt, dass er mit seinem medizinischen Wissen die Symptome (richtig) deutet und eine Diagnose stellt, um anschließend eine Therapie einzuleiten, welche die wahrgenommenen Symptome behandelt. Die Arzt-Patient-Beziehung ist ein zentrales Moment medizinischer Praxen und Ausgangslage sowie Bedingung für alle weiteren Maßnahmen.

Was passiert nun in dieser Situation, wenn Arzt und Patient sich gegenüber sitzen? Genaugenommen beginnt das Arzt-Patient-Verhältnis schon vor dem ersten Kontakt im Sprechzimmer. In der Anmeldung werden die Angaben des Patienten aufgenommen, die Daten der Krankenkasse eingespeist und eine Krankenakte angelegt, teilweise auch schon Blut abgenommen. Oftmals kommt der Patient aufgrund der Überweisung eines niedergelassenen Arztes, der schon einen ersten Verdacht oder Symptome auf dem Überweisungsschein vermerkt hat. Bevor der Patient ins Sprechzimmer kommt, hat der Arzt die Krankenakte mit den entsprechenden Unterlagen vor sich liegen und kann damit auf einen Pool von Informationen zurückgreifen. Daraus ergeben sich für ihn oftmals bereits im Vorfeld Hinweise auf ein mögliches Krankheitsbild.

Im Gespräch ist es die erste Aufgabe des Arztes, die Symptome des Patienten zu erfragen: „Was führt Sie heute zu uns?“ Mit dieser Standardfrage beginnt die Diagnoseerhebung. Im Anamnesege spräch filtert der Arzt aus den Beschreibungen des Patienten die Informationen

heraus, die für die Erstellung einer Diagnose relevant sind und übersetzt diese Informationen in medizinische Kategorien. Der Patient kennt in der Regel dieses Frage-Antwort-Spiel und hat sich darauf eingestellt, welche Aspekte möglicherweise für den Arzt zur Diagnosestellung relevant sind. Entscheidender ist aber, welche Beobachtungen und Beschwerden der Patient aus seiner Sichtweise für bedeutsam hält. Welche Informationen er dem Arzt anbietet, hängt mitunter davon ab, welche Diagnose der Patient erwartet und worüber er sich eventuell schon im Vorfeld des Arztbesuches informiert hat. Das Diagnosegespräch in einer Gedächtnissprechstunde verstehe ich demnach als Situation, in der die Diagnose Alzheimer-Demenz in der Interaktion der beteiligten Akteure „praktiziert“ wird. Der Arzt, mit seinem professionellen, medizinischen Wissen und Erfahrungen in der klinischen Praxis, und der Patient sowie eventuell Angehörige, mit ihren alltäglichen Erfahrungen und Wahrnehmungen unterschiedlicher Symptome, sitzen sich gegenüber und handeln im Austausch von Informationen und Hintergrundwissen eine Diagnose aus.

Klinische Wissenspraxen basieren jedoch auf sehr viel mehr als dieser Übersetzungsarbeit zwischen Arzt und Patient. Die Diagnosestellung ist vor allem ein Selektionsprozess, der durch die vorhandenen diagnostischen Kategorien strukturiert wird. Die Auswahl und Auslegung der möglichen Kategorien ist dabei nicht immer sichtbar und zeigt sich meist erst im Vergleich verschiedener Disziplinen und Institutionen. Zudem sind diese nosologischen und diagnostischen Kategorien wandelbar und keineswegs so stabil wie Klassifikationen in Lehrbüchern auf den ersten Blick vermuten lassen würden.

Im Diagnoseprozess werden nicht nur Symptome und Kategorien ausgewählt, sondern auch relevante Diagnosetechniken, die die klinische Wissensarbeit entscheidend strukturieren und prägen. Dabei handelt es sich um neuropsychologische Testverfahren, durch die die Gedächtnisleistungen der Patienten getestet werden. Hinzukommen Techniken, die in der körperlichen Untersuchung eingesetzt werden. Welche Techniken und Verfahren eingesetzt werden, hängt dabei von der jeweiligen Institution ab, in der die Gedächtnissprechstunde eingegliedert ist. Welche Ressourcen stehen zur Verfügung? Welche diagnostischen Standards und Schwerpunkte wurden festgelegt? Eine Universitätsklinik verfügt über andere Ressourcen als eine Hausarztpraxis, aber Unterschiede lassen sich auch zwischen den verschiedenen Fachrichtungen innerhalb einer Klinik finden oder eben auch zwischen zwei verschiedenen Gedächtnissprechstunden.

Diese Auflistung der Elemente klinischer Wissenspraxen ließe sich noch um einige weitere Felder erweitern: die Rolle der Krankenhausverwaltung und die damit verbundenen Verwaltungstechniken; die Anforderungen, die sich durch die Abrechnung mit den Krankenkassen

ergeben; die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen des Krankenhauses oder den niedergelassenen Ärzten; der Austausch mit Fachkollegen innerhalb und außerhalb der Einrichtung; die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal; der Einfluss der Pharmaindustrie und der Patientenverbände. In der vorliegenden Arbeit soll kein umfassendes Bild all dieser Elemente klinischer Wissenspraxen gegeben werden, sondern anhand einer Auswahl die darin innewohnende Komplexität verdeutlicht werden.

Mit dieser groben Skizze der verschiedenen Elemente klinischer Wissenspraxen möchte ich verdeutlichen, wie ich in dieser Arbeit den Wissensbegriff verwende.

Wie die Beziehung zwischen Arzt und Patient zeigt, basiert Wissen auf Erfahrungen, die in der Interaktion zwischen Menschen entstehen. Wissen ist subjektiv und immer relational. Während sich Arzt und Patient im Sprechzimmer gegenüber sitzen, interpretieren sie die Informationen im Kontext der jeweiligen soziokulturellen Lebenswelt und Sozialisation. Alter, Geschlecht, Herkunft, Bildung – um nur einige generelle Aspekte zu nennen – beeinflussen *wie wir wissen*.

Wissen kann aber auch von der direkten, individuellen Erfahrung abstrahiert werden. In einem Artikel zum Konzept einer *Anthropology of Knowledge* beschreibt der norwegische Anthropologe Fredrik Barth die Erweiterung des individuellen Wissens im Sinne einer soziokulturellen Einbettung des Einzelnen.<sup>52</sup> Um sich Wissen, das nicht auf der eigenen Erfahrung beruht, aneignen zu können, bedarf es geteilter Kriterien der Validität von Wissen: „By our acceptance of valid inference, we all extend the reach and scope of our knowledge immensely, relying on judgments based on whatever criteria of validity we embrace – above all, what others whom we trust tell us they believe.“<sup>53</sup> In diesem Vertrauen auf andere, so Barth weiter, nimmt jeder Einzelne an bestimmten Wissenstraditionen teil. Diese Wissenstraditionen legitimieren zugleich die Schlussfolgerungen und Praxen des Einzelnen. Nach Barth werden Wissenstraditionen durch verschiedene Medien vermittelt. Entsprechend könnte man die Krankenakte und die darin enthaltenen diagnostischen Kategorien als ebensolches Medium verstehen, durch das bestimmte klinische Wissenstraditionen vermittelt werden. Ich würde allerdings noch etwas weiter gehen. Die in der Krankenakte vorhandenen Kategorien strukturieren die klinischen Selektionsmechanismen maßgeblich und prägen, was man in klinischen Wissenspraxen wissen kann. Wie die US-amerikanische Medizinsoziologin Mildred Blaxter feststellt, beeinflussen aber nicht nur die Kategorien den Diagnoseprozess, sondern

---

<sup>52</sup> Barth, Fredrik: An Anthropology of Knowledge. In: Current Anthropology, 43 / 1 (2000), S. 1-11.

<sup>53</sup> Ebd., S. 2.

der Prozess des Diagnostizierens hat ebenfalls Einfluss auf die Diagnosekategorien.<sup>54</sup> So lassen sich in den diagnostischen Kategorien sowohl Spuren vergangener Krankheitskonzepte (Wissenstraditionen) finden als auch gegenwärtige Selektionen und Re-Konfigurationen. Auch die zur Verfügung stehenden Diagnosetechniken strukturieren und prägen die Wissenspraxen des Arztes. Sie erzeugen und verändern Wissensinhalte und prägen die jeweiligen Kriterien von Validität. Selektionen werden zudem von den jeweiligen Institutionen legitimiert und erfordert, wobei diese Institutionen selbst unterschiedlichen Einflüssen und externen Bedingungen unterliegen.

Wissenspraxen sind somit nicht eine Frage der Referenz zu einer Wahrheit, der Annäherung an Fakten, sondern ein Prozess der Kontextualisierung. In meiner Arbeit konzeptualisiere ich klinische *Wissenspraxen* als polyvalente Aushandlungsprozesse, die in der Interaktion der verschiedenen Akteure stattfinden und von den technischen, institutionellen und wissenschaftlichen Möglichkeiten und Bedingungen geprägt und bedingt. Die Diagnosestellung ist also kein „festgefrorener“ Moment, sondern ein kontinuierlicher Prozess der (Re-)Konfiguration und (Re-)Stabilisierung.

## 2. Die Diagnose Alzheimer-Demenz als klinisches Feld

Die Diagnostik der Alzheimer-Demenz beruht auf einer so genannten Differentialdiagnose: Andere mögliche Ursachen für aufgetretene Gedächtnisstörungen müssen zunächst abgeklärt und ausgeschlossen werden. Neben anderen Demenzformen wie Demenz mit Lewy-Körperchen, fronto-temporale Demenz oder vaskuläre Demenzen sind Depressionen eine häufige Ursache für Gedächtnisstörungen. Die Diagnose kann in zwei Bereiche unterteilt werden: Zunächst wird über eine ausführliche Anamnese, meist ergänzt durch eine Fremdanamnese, und mit Hilfe neuropsychologischer Screeningverfahren ein demenzielles Syndrom abgesichert und andere Erkrankungen wie Depressionen so weit als möglich ausgeschlossen. Die neuropsychologische Testung ist nach Aussage der Mediziner, die ich während meiner empirischen Forschung begleitet habe, das Rückgrat der Demenzdiagnostik. Anhand dieser Tests wird nicht nur der objektive Schweregrad einer Gedächtnisstörung festgestellt, sondern vor allem differenziert, welche Funktionen des Gehirns von der Störung betroffen sind. Diese Funktionen des Gehirns können wiederum bestimmten Hirnregionen zugeordnet werden und geben dadurch Hinweise auf das mögliche Krankheitsbild.

Der zweite Bereich beinhaltet eine ausführliche körperliche Untersuchung, die bildgebende Verfahren wie Computertomografien und Röntgenuntersuchungen, aber auch neurochemische

---

<sup>54</sup> Blaxter, Mildred: Diagnosis as Category and Process: The Case of Alcoholism. In: Social Sciences and Medicine, 12 (1978), S. 9-17, hier S. 9.

Untersuchungen wie beispielsweise eine Lumbalpunktion beinhalten kann. In Kombination dieser körperlichen Untersuchungen mit den Ergebnissen der neuropsychologischen Testung und der (Fremd-)Anamnese folgert der Arzt, um welche Erkrankung(en) es sich handelt. Es ist derzeit immer noch relativ schwierig in der Diagnose eindeutig zwischen den verschiedenen Demenzformen zu unterscheiden. Teilweise wird die Diagnose auch im Rahmen der Therapie wieder in Frage gestellt, wenn beispielsweise ein Patient mit Alzheimer-Demenz diagnostiziert wurde, aber trotz entsprechender Medikamentierung eine rapide Verschlechterung zeigt.

Von einer definitiven beziehungsweise sicheren Diagnose einer Alzheimer-Demenz wird in der Regel erst nach dem Tod des Patienten durch feingewebliche Untersuchungen des Gehirns gesprochen. Gleichzeitig ist eine eindeutige Diagnosestellung notwendig, um Ansprüche gegenüber Krankenkassen oder Pflegeversicherungen geltend machen zu können, aber vor allem auch, um eine medikamentöse Behandlung einleiten zu können, welche die Lebensqualität des Patienten und der Angehörigen maßgeblich beeinflussen kann – wenn auch nur für einen begrenzten Zeitraum, so kann dadurch zumindest die Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden. Klinikärzte sind dabei zentrale „Vermittlungs-Agenten“, die eine Diagnose nicht nur gegenüber dem Patienten, sondern auch gegenüber Fachkollegen, weiterbehandelnden Hausärzten oder Nervenärzten und schließlich auch gegenüber den Krankenkassen vertreten müssen.

Bevor ich den jeweiligen Ablauf der Diagnostik in den beiden von mir untersuchten Gedächtnissprechstunden skizziere, möchte ich an dieser Stelle einige Anmerkungen zu meinem Feldforschungsmaterial machen. In die Gedächtnissprechstunde kommen nicht nur unterschiedliche Patienten, sondern auch die unterschiedlichsten Krankheitsbilder und Krankheitsstadien. Zielgruppe der Gerontopsychiatrie sind, laut einem Faltblatt der Einrichtung, „Menschen ab ca. 50 Jahren ... • mit nachlassender geistiger Leistungsfähigkeit wie z. B. einem schlechter werdenden Gedächtnis • mit Auffälligkeiten in der Befindlichkeit wie einer niedergedrückten Stimmung, Angst oder Trugwahrnehmungen“. Entsprechend breitgefächert ist das Klientel. Wie mir die Psychiaterin, bei der ich meine Feldforschung durchgeführt habe, erklärte, handelt es sich in ihrer Sprechstunde etwa zur Hälfte um Patienten, die mit einer Alzheimer-Demenz diagnostiziert werden, zur anderen Hälfte um Patienten, die Gedächtnisstörungen aufgrund einer Depression entwickelt haben. Nur selten werden andere Demenzformen diagnostiziert. Die Patienten kommen entweder aus eigenem Antrieb oder durch die Überweisung des Hausarztes, manchmal auch eines Facharztes an die Uniklinik. In der Neurologie hingegen ist



die Überweisung von einem Facharzt Bedingung für einen Termin in der Gedächtnissprechstunde, die Überweisung des Hausarztes ist nicht ausreichend. Ein Effekt davon ist, dass Menschen mit Gedächtnisstörungen aufgrund einer Depression weit aus seltener sind, da der Facharzt in diesen Fällen ein demenzielles Syndrom im Vorfeld meist schon ausschließen kann. Die am häufigsten gestellte Diagnose in der Neurologie ist die Alzheimer-Demenz. An zweiter Stelle stehen so genannte nicht-organische Erkrankungen wie beispielsweise ein unbestimmtes Schmerzsyndrom, manchmal auch nicht erkannte Depressionen. Dritthäufigste Diagnose ist die Vaskuläre Demenz, neben Alzheimer-Demenz die zweithäufigste Demenzform.

Auch wenn meine Arbeit die Diagnose von Alzheimer-Demenz thematisiert, beschreibt mein empirisches Material nicht immer Patienten, die letztendlich die Diagnose Alzheimer-Demenz gestellt bekommen. Viel mehr geht es um Patienten, die wegen der Wahrnehmung einer Gedächtnis-Verschlechterung zum Arzt kommen. Die Bezeichnung „Erkrankungen des Alters“ weist auf das Alter der Klientel von Gedächtnissprechstunden hin, nur selten kommen jüngere Patienten zur Diagnose. Gerade ältere Menschen kommen zumeist mit Angehörigen zur Sprechstunde. Die Rolle der Angehörigen hat eine nicht zu unterschätzende Bedeutung im Diagnosegespräch. Zudem handelt es sich bei meinen empirischen Beispielen nicht immer um Erstdiagnosen, sondern auch um Wiederholungstermine.

Im Folgenden stelle ich die Abläufe in den beiden Gedächtnissprechstunden schematisch dar, um einen groben Überblick zu geben und erste Unterschiede zu skizzieren.

#### Gedächtnissprechstunde in der Gerontopsychiatrie

1. *Was führt Sie heute zu uns?* – Anamnesegespräch / Fremdanamnese mit den Angehörigen (in der Anamnese werden bestimmte Kategorien abgefragt: Symptome, Verlauf, Häufigkeit, andere Erkrankungen, Medikamente, Familiengeschichte, Schlafstörungen, Appetit, Stimmung etc.; in der Regel ergeben sich dabei erste Hinweise, wohin der „Diagnosepfad“ geht);
2. Neuropsychologische Testung: ca. 45 min. (Gedächtnistests; zum Teil Standardtests, teilweise in der Einrichtung entwickelte neue Tests, die sich in der Evaluation befinden);
3. Auswertungsgespräch (in Kombination mit möglicherweise vorliegenden Unterlagen vom Hausarzt / Facharzt wie Computertomografien, Blutwerte, Röntgenbilder).

Falls die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung noch nicht eindeutig sind beziehungsweise wenn der Patient dies wünscht, erfolgen ausführlichere Untersuchungen an einem späteren Termin

4. Bilder vom Gehirn (Computertomografie, Magnetresonanztomografie);
5. Lumbalpunktion (Entnahme von Nervenwasser aus dem Rückenmark);
6. Ausführlichere neuropsychologische Testung von etwa einer Stunde, die von einem Psychologen durchgeführt wird.

#### Gedächtnissprechstunde in der Neurologie

Erster Termin:

1. *Was kann ich heute für Sie tun?* – Anamnesegespräch / Fremdanamnese (grundsätzlich die gleichen Kategorien wie in der Psychiatrie, allerdings weitaus ausführlicheres Abfragen von körperlichen Problemen);
2. Körperliche Untersuchung (der „internistischer Status“ wird überprüft; Gleichgewichtssinn, Reflexe, Muskeltonus, Orientierung, Motorik etc.);
3. Kurze neuropsychologische Testung: 10 min.; (Mini Mental Status Examination; absoluter Standardtest);
4. Blutabnahme.

Zweiter Termin: Neuropsychologische Testung: ca. eine Stunde (alles ausführlich evaluierte Standardtests).

Dritter Termin: Auswertungsgespräch und Besprechung des weiteren Vorgehens

Dass sich die beiden Gedächtnissprechstunden im Diagnoseablauf unterscheiden, liegt nicht zuletzt in ihrer institutionellen Einbettung und den damit verbundenen Organisationsstrukturen begründet. In der gerontopsychiatrischen Einrichtung arbeitet ein Team mit unterschiedlichem Fachpersonal an diversen Forschungsprojekten und klinischen Studien. Im Haus befindet sich außerdem eine Tagesklinik, in der Patienten über einen längeren Zeitraum beobachtet und behandelt werden können. Die Einrichtung ist zudem eingebunden in das „Kompetenznetzwerk Demenzen“, ein „bundesweiter Zusammenschluss von vierzehn in der Demenzforschung führenden universitären Zentren“<sup>55</sup>. Gefördert wird das Kompetenznetzwerk, neben derzeit sechzehn weiteren medizinischen Kompetenznetzwerken, durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Die Sprechstunde in der Neurologie wird von nur einem Arzt in Zusammenarbeit mit einer Psychologin durchgeführt und ist damit personell anders ausgestattet als die gerontopsychiatrische Sprechstunde. Wie ich im Laufe dieser Arbeit herausarbeiten werde, haben die unterschiedlichen Ressourcen und unterschiedlichen disziplinären Hintergründe maßgeblichen Einfluss auf die Diagnosepraxen einer Alzheimer-Demenz.

---

<sup>55</sup> nachzulesen unter: [www.kompetenznetz-demenzen.de](http://www.kompetenznetz-demenzen.de) (Zugriff am 12. April 2006).

### 3. Zwischen *Fachdiskurs* und *Diagnosepraxis*: Zur Sicherheit der Diagnose Alzheimer-Demenz

Szenenwechsel.<sup>56</sup>

„Die Welt im Gehirn“ lautet das Motto einer Veranstaltung am „Tag der Gesundheitsforschung“ an der Berliner Charité. Im Audimax des Virchow-Klinikums läuft eine Vortragsreihe, in der Mediziner der Klinik zu Themen ihres Fachgebiets (Schwerpunkt neurologische Erkrankungen) referieren. Auch die Alzheimer-Demenz ist vertreten. Um kurz nach zwei Uhr hält Prof. Dr. Ohm vom Institut für Integrative Neuroanatomie einen Vortrag mit dem Titel „Alzheimer: Risikofaktoren nicht vergessen!“ Nachdem Prof. Ohm eingangs die Statistik zu Alzheimer-Patienten mit der desolaten Situation des Gesundheitssystems zu einer dramatischen Entwicklung verknüpft hat, präsentiert er den Zuhörern anhand von Folien den Zusammenhang der neurochemischen Grundlagen von Alzheimer-Demenz und den potentiellen genetischen Risikofaktoren.

Es gibt es eine Form von Alzheimer-Demenz, die nachgewiesen direkt genetisch übertragen wird: die so genannte Early-Onset-Familiar. Diese Form tritt vor dem 65. Lebensjahr auf, betroffen sind davon 120 Familien weltweit. Abgesehen von diesem genetischen Risiko einer Alzheimer-Demenz mit Status „Sicher“ gibt es, so Prof. Dr. Ohm, noch die Variante „Risiko erhöht“. Verursacher dieses erhöhten Risikos ist eine bestimmte Variante des Apolipoprotein E, ein Eiweiß, das im Gehirn als Cholesterintransporter funktioniert. Prof. Ohm führt nun aus, dass die häufigste Variante APP E 3 für die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz in der Regel unproblematisch sei. Anders Variante APP E 4: diese Eiweiß-Variante dürfte statistisch gesehen bei jedem „vierten oder fünften von Ihnen“ vorhanden sein und führe zu einem erhöhten Risiko an Alzheimer-Demenz zu erkranken. Er fügt hinzu: „Menschen mit Variante E 4 haben ein um Faktor 15 erhöhtes Risiko eine Alzheimer-Demenz zu entwickeln als Menschen mit Variante E 3.“ In der anschließenden Fragerunde will eine Frau es nun genau wissen: „Wenn man nun die Variante APP 4 hat, erkrankt man dann sicher an Alzheimer-Demenz, kann man das sicher voraussagen?“ Prof. Ohm wehrt vorsichtig ab: „Nein, nein, man spricht eher von einer Empfängerempfindlichkeit. Manche haben APP 3 und bekommen Alzheimer, manche haben Variante APP 4 und zeigen keine Symptome“. „Aber warum ist das so?“ will die Frau wissen. Prof. Ohm lacht und meint: „Ja, das wüsste ich auch gerne.“

Nun arbeitet Prof. Ohm nicht in einer Gedächtnissprechstunde, sondern im Bereich der Grundlagenforschung. Interessant ist die Situation für mich, weil in der Fragerunde ein direkter Übergang vom Fachdiskurs in die Alltagssprache stattfand. Was passiert, wenn der Terminus „erhöhtes Risiko“ in die Alltagssprache übersetzt wird? Es entsteht Unsicherheit, auch beim Wissenschaftler: Das wüsste ich auch gerne.

Bevor ich konkret auf die Einschätzungen zur diagnostischen Sicherheit von Alzheimer-Demenz in Fachdiskurs und alltäglichen Praxen eingehe, möchte ich an dieser Stelle einige Aspekte des Sicherheitsbegriffs, wie ich ihn in meiner Arbeit verwende, verdeutlichen. Wie der Soziologe Niklas Luhmann feststellt, verweist der Begriff Sicherheit grundsätzlich auf eine „soziale Fiktion“<sup>57</sup>. Mit Fiktion ist einerseits gemeint, dass in Hinblick auf Sicherheit nie von absoluten Werten die Rede sein kann, sondern immer von Wahrscheinlichkeiten und Mög-

<sup>56</sup> Feldnotiz vom 19. Februar 2006.

<sup>57</sup> Luhmann, Niklas: Risiko und Gefahr. In: Krohn, Wolfgang / Krücken, Georg (Hrsg.): Riskante Technologien: Reflexion und Regulation. Frankfurt a. M. 1993, S. 138-185, hier S. 142.

lichkeiten gesprochen wird. Die Frau in der Fragerunde, die vom Experten eine eindeutige Erklärung erwartet, wird entsprechend enttäuscht: Hinter den Aussagen „um Faktor 15 erhöhtes Risiko“ und „Empfängerempfindlichkeit“ verbergen sich nichts anderes als statistische Wahrscheinlichkeiten, die – wenn man sie für den Einzelfall übersetzt haben will – relativ nichtssagend bleiben. Sicherheit ist somit eine Frage der Interpretation, die in der Medizin meist auf der Deutung statistischer Wahrscheinlichkeiten beruht. Des Weiteren verweist „soziale Fiktion“ darauf, dass die Bedeutung von Sicherheit immer relational, im Rahmen sozialer Beziehungen zu verstehen ist. In den Worten von Luhmann: Der Sicherheitsbegriff verweist auf das, „was in der sozialen Kommunikation als sicher behandelt wird“<sup>58</sup>. Wie die soziale Fiktion „Sicherheit der Diagnose Alzheimer-Demenz“ verhandelt, kommuniziert und praktiziert wird, ist Thema des dritten Teils meiner Arbeit – *Diagnosen*. Die folgende Gegenüberstellung der Einschätzungen einer „sicheren Diagnose“ in medizinischen Fachdiskursen und klinischen Diagnosepraxen soll einen ersten Einblick in diese Aushandlungen geben.

Wie ich im letzten Kapitel zum Diagnoseverfahren bei Gedächtnisstörungen angeführt habe, wird die Diagnose Alzheimer-Demenz im Rahmen eines Ausschlussverfahrens gestellt, das heißt alternative Ursachen werden sukzessive ausgeschlossen. Die Aussagekräftigkeit dieser klinischen Differentialdiagnose von Alzheimer-Demenz wird insgesamt unterschiedlich bewertet. In der Fachliteratur finden sich Angaben, welche die Sicherheit der klinischen Diagnose Alzheimer-Demenz zwischen 80 und 90 % ansiedeln.<sup>59</sup> Von einer definitiven Diagnose einer Alzheimer-Demenz wird erst nach dem Tod des Patienten durch feingewebliche Untersuchungen des Gehirns gesprochen.

Eine internationale Standard-Definition der verschiedenen „Sicherheitsstufen“ der klinischen Diagnose von Alzheimer-Demenz, die in zahlreichen Artikeln zitiert wird, ist die folgende Auflistung von McKhann et al.<sup>60</sup> aus dem Jahr 1984:

#### Morbus Alzheimer: Klinische Diagnose

1. Klinisch mögliche AD (Demenzielles Syndrom ohne alternative Ursache, aber mit Abweichen vom typischen klinischen Bild der AD; Vorliegen einer alternativen Ursache, die aber die Demenz nicht hinreichend erklärt)
2. Klinisch wahrscheinliche AD (Gedächtnisstörung plus mind. eine weitere kognitive Beeinträchtigung, Ausschluss alternativer Ursachen; zunehmende Verschlechterung; positive Familienanamnese; Hirnatrophie)

---

<sup>58</sup> Luhmann: Risiko und Gefahr [wie Anm. 57], S. 142.

<sup>59</sup> Siehe hierzu beispielsweise: Keller: Age-Related Neuropathology [wie Anm. 25].

<sup>60</sup> McKhann, G. / Drachman, D. / Folstein, M. / Katzman, R. / Price, D. / Stadlan, E. M. : Clinical Diagnosis of Alzheimer's Disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the Auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 34 (1984), S. 939–944.

3. Sichere AD: klinische Kriterien für eine wahrscheinliche AD sind erfüllt und histopathologischer Befund von Biopsie oder Autopsie des Gehirns typisch für Demenz von Alzheimer Typ.

Zwei Kriterien der klinischen Diagnose lassen sich hier ausmachen: Zum einen basiert die Diagnose auf Ausschluss, zum anderen auf Addition. Das heißt, dass die Diagnoseerhebung eine Suchbewegung mit zwei „Zielen“ ist: Andere mögliche Ursachen werden ausgeschlossen und die festgestellten Symptome addiert, um schließlich in der Kombination der Feststellungen zu einer Diagnose zu kommen. Ein Symptom allein ist kein aussagekräftiger Beweis für eine Alzheimer-Demenz, erst wenn mehrere, für sich alleine eigentlich „unsichere“ Faktoren zusammentreffen, kann eine wahrscheinliche Alzheimer-Demenz diagnostiziert werden. In der klinischen Praxis bedeutet das, dass bei verschiedenen Patienten unterschiedliche Kombinationen von Symptomen und Techniken zur gleichen Diagnose führen können. Nach der Definition von McKhann et al. ist eine sichere Diagnose erst post mortem möglich, in der klinischen Diagnose gibt es nach dieser Definition nur eine wahrscheinliche Alzheimer-Demenz. Wie mit dieser Definition in der alltäglichen Diagnosesituation umgegangen wird, möchte ich an folgenden Beispielen aus meiner Feldforschung nachzeichnen.

Das Ehepaar T. ist aufgrund einer Überweisung der behandelnden niedergelassenen Nervenärztin in die neurologische Gedächtnissprechstunde gekommen. Die Nervenärztin hatte bei Frau T. eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert und den Kollegen in der Charité um die klinische Absicherung der Diagnose gebeten. Der Neurologe erklärt dem Ehepaar den weiteren Diagnoseweg.<sup>61</sup>

A: So, zum weiteren Ablauf. Wir machen hier die Abklärung in insgesamt drei Terminen. Heute werde ich noch Blut abnehmen. Das macht man, um andere Erkrankungen, die von den inneren Organen kommen und die auch verantwortlich sein können für Gedächtnisstörungen, dass man die feststellen kann. Das sind die so genannten internistischen Erkrankungen. Wobei die meist nicht allein verantwortlich sind für Gedächtnisstörungen, in der Regel sind das Hirnerkrankungen. Aber es kommt durchaus vor, dass sich die internistischen Erkrankungen sozusagen oben drauf setzen, also eine Kombination vorliegt. Das muss man jetzt erst einmal feststellen. Bei einem zweiten Test macht man dann eine ausführliche neuropsychologische Testung, das sind verschiedene Gedächtnistests. Und bei einem dritten Termin werden dann die Ergebnisse aller Tests vorliegen und dann besprechen wir gemeinsam, wie wir weiter verfahren: Ob eine weitere Diagnostik gemacht wird oder welche Medikamente man ansetzen kann. Das Medikament, das Ihre Frau von Ihrer Ärztin verschrieben bekommen hat, ist ein typisches Medikament bei Alzheimer-Demenz. Alzheimer-Demenz ist eine Krankheit, die man nicht beweisen kann, man sammelt Mosaiksteinchen und sagt dann, Ok, das kann es sein. Aber das werden wir alles im Auswertungsgespräch sehen.

Wie der Arzt erklärt, muss zuerst über verschiedene Techniken ein Ausschluss von Alternativen erfolgen, dessen Ergebnisse wie Mosaiksteinchen zusammengesetzt, also addiert wer-

---

<sup>61</sup> Feldnotiz vom 4. Mai 2006.

den. Die Aussage, dass man Alzheimer-Demenz in der klinischen Diagnose nicht beweisen kann, stimmt ebenso mit der Definition in der Fachliteratur überein.

Zu einem anderen Beispiel, diesmal in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde.<sup>62</sup> Herr K. ist zur Erstdiagnose gekommen, gemeinsam mit seiner Frau sitzt er im Sprechzimmer der Ärztin gegenüber. Frau K. erzählt detailliert von den Gedächtnisstörungen ihres Mannes. 2002, nach einem Sturz hätte es angefangen, zuerst wären es nur Kleinigkeiten gewesen, die er vergessen hat, aber in letzter Zeit wäre es nun immer schlimmer geworden. Frau K. wirkt sehr nervös, ihren Mann hingegen scheint das Gespräch nicht zu interessieren, wann immer seine Frau ihn ins Gespräch einbeziehen will, winkt er genervt ab. Nach einem ausführlichen Anamnesegespräch, das in erster Linie ein Gespräch zwischen Ehefrau und Ärztin ist, führt die Ärztin bei Herrn K. die neuropsychologische Testung durch. Im anschließenden Auswertungsgespräch teilt sie dem Ehepaar die Ergebnisse der Untersuchungen mit.

Ä: So, Herr K., zur Auswertung ist zu sagen, die Ergebnisse werden mit Personen aus der gleichen Altersgruppe und mit dem gleichen Bildungshintergrund verglichen. Leider ist es so, dass Sie in allen Bereichen von der Norm abweichen. Das bestätigt ja letztendlich auch Ihre alltägliche Wahrnehmung, Frau K.. Sie sagten, die Gedächtnisstörungen fingen 2002 nach einem Sturz an. Die Aufnahmen, die gemacht wurden, zeigen allerdings keinerlei Auffälligkeiten. Kommen wir zu den Ergebnissen der heutigen Testung: Die ausführliche Testung besteht in der Regel aus drei Tests, dazu gehören einmal die Bilder, die vom Kopf Ihres Mannes gemacht wurden, die haben Sie ja mitgebracht. Und zum Zweiten die Gedächtnistests, die ich mit Ihrem Mann gemacht habe. Dann gäbe es noch die Lumbalpunktion, da wird Nervenwasser aus dem Rückenmark entnommen und nach bestimmten Alzheimer-typischen Enzymen untersucht. Davon würde ich in diesem Fall aber abraten, weil die Ergebnisse der Gedächtnistests, die ich heute durchgeführt habe, eindeutig sind. Es handelt sich bei Ihrem Mann um eine Alzheimer-Demenz.

Für die Ärztin waren diese ersten Testergebnisse und der Gesamteindruck so eindeutig, dass sie von einer weiteren Absicherung durch andere diagnostische Instrumente absehen konnte, also keinen weiteren Ausschluss anderer Krankheitsursachen und keine Addition weiterer Diagnoseverfahren für notwendig hielt. Diese Eindeutigkeit, mit der bei Herrn K. schon beim ersten Termin eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert wurde, war während meiner Zeit in der Gedächtnissprechstunde selten. Schon während der Testung wurde allerdings auch mir klar, wohin der Diagnosepfad gehen würde. Herr K. war kaum mehr in der Lage, die einfachsten Dinge, wie zum Beispiel „Zahnbürste“ zu benennen. Hatte die Ärztin ihm eine Aufgabe gestellt, wusste er kurz darauf nicht mehr, was sie von ihm wollte. Die Aufnahmen vom Kopf des Patienten zeigen zwar keine Auffälligkeiten, dennoch sieht die Ärztin aufgrund der neuropsychologischen Testergebnisse von weiteren Testungen ab. In der Praxis hängt die Diag-

---

<sup>62</sup> Feldnotiz vom 6. Dezember 2005.



nosestellung neben verschiedenen Diagnosetechniken und –vorgaben maßgeblich von der Erfahrung und Interpretation des jeweiligen Arztes ab.

Die Differentialdiagnose bei Alzheimer-Demenz beinhaltet unter anderem die Abgrenzung von anderen Demenzformen. In dem Diagnoseleitfaden von Schmidtke et al. kann man zur sicheren Differenzierung der verschiedenen Demenzformen lesen: „Intra vitam ist eine sichere Artdiagnose einer Demenz oft nicht möglich (Ausnahmen: bei Erkrankungen mit nachweisbarer Genmutation). Biopsien kommen in der Regel nicht in Betracht.“<sup>63</sup>

Wie wird von den beiden Ärzten die Möglichkeit der Abgrenzung von anderen Demenzformen eingeschätzt?

In einem der ersten Gespräche mit der Ärztin in der Gerontopsychiatrie bat ich sie, mir zu erklären, wie das mit der sicheren Diagnose bei Alzheimer-Demenz sei.<sup>64</sup> Ich hatte gelesen, eine sichere Diagnose sei erst post mortem möglich. Ich möchte ihre Einschätzung wissen.

„Klar, eine definitive, gesicherte Diagnose kann man erst post mortem machen, das muss pathologisch abgesichert werden. Aber unsere Testung, die Methoden und die Möglichkeiten sind da so gut, dass wir das mit großer Sicherheit in der Gedächtnissprechstunde diagnostizieren können.“

Gerade aufgrund der unterschiedlichen Symptome der verschiedenen Demenzerkrankungen könne man sicher auf Alzheimer schließen und andere Demenzformen ausschließen.

Einige Monate später stelle ich dem Neurologen in der neurologischen Gedächtnissprechstunde eine ähnliche Frage<sup>65</sup>: Wäre es denn überhaupt möglich eine objektive Diagnose zu stellen? Im Laufe des Gespräches meint der Neurologe:

Na ja, aber wer würde denn heute noch behaupten die Medizin sei eine objektive Wissenschaft! Natürlich, in den Lehrbüchern wird beispielsweise ein Idealfall einer Alzheimer-Demenz dargestellt und das entsprechende Diagnoseverfahren, aber natürlich trifft man in der Gedächtnissprechstunde selten solche Idealfälle, wo alles klar ist. Oft hat das auch mit einem Gefühl zu tun, man kann das schwer erklären. Anfangs hat man einen Verdacht, eine Vermutung, das ist Alzheimer, einfach anhand der ersten Anzeichen. Aber anhand unserer Testmethoden und der Diagnosekriterien, können wir schon eine objektive Diagnose machen. Natürlich stellt jeder Arzt auch mal eine falsche Diagnose. Und letztendlich sind wir momentan vom wissenschaftlichen Stand her kaum in der Lage eine sichere Differenzierung der verschiedenen Demenzformen vorzunehmen, bis auf die fronto-temporale Demenz. Genaugenommen ist es auch nur von akademischem Interesse, das genau zu differenzieren, auf die Behandlung hat es meist keinen Einfluss, da die meisten Demenzformen mit den gleichen Wirkstoffen behandelt werden.

Beide Ärzte bestätigen, dass klinisch eine sichere Diagnose eigentlich nicht gestellt werden kann. Dennoch sind beide der Ansicht, ihre eigenen diagnostischen Verfahrensweisen wären so gut, dass sie „mit großer Sicherheit“ eine „objektive“ Diagnose stellen können. Zieht man die Definition von McKhann heran, nach der eine sichere Diagnose erst post mortem möglich

---

<sup>63</sup> Schmidtke, Klaus et al.: Diagnostik degenerativer Demenzen. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Leitfäden, [www.dgn.org/34.0.html](http://www.dgn.org/34.0.html) (Zugriff am 24. November 2005).

<sup>64</sup> Feldnotiz vom 6. Dezember 2005.

<sup>65</sup> Feldnotiz vom 4. Mai 2006.



ist, deutet sich hier ein Interpretationsspielraum zwischen Fachdiskurs und Diagnosepraxis an.<sup>66</sup> Bei den Aussagen der beiden Ärzte zur Möglichkeit der Abgrenzung der Alzheimer-Demenz von anderen Demenzformen lassen sich zudem unterschiedliche Einschätzungen feststellen. Während in der Aussage Psychiaterin diese Abgrenzung eine mögliche Grundlage für die Diagnose von Alzheimer-Demenz ist, schätzt der Neurologe diese Unterscheidung als bisher nur bedingt möglich und eher von akademischem Interesse ein. Sucht man in der Fachliteratur nach weiteren Angaben zur Möglichkeit der Abgrenzung zwischen den verschiedenen Demenzformen, findet man Aussagen, die in erster Linie von Hypothesen und Wahrscheinlichkeiten ausgehen.<sup>67</sup> Wie ich schon in der Einführung zu Alzheimer-Demenz angeführt habe, weisen medizinische Diskurse über Alzheimer-Demenz grundsätzlich eine Bandbreite möglicher Erklärungen und teilweise auch gegensätzlicher Einschätzungen auf. Allerdings gibt es ein Bestreben allgemein gültige Diagnoseleitfäden für die Diagnose von Alzheimer-Demenz zu entwickeln.<sup>68</sup>

Das Wechselspiel von Theorie und Praxis bedeutet in diesem Zusammenhang, dass klinische Wissenspraxen in ihrem Bezug zu theoretischen Konzepten durchaus ambivalent sind und unterschiedlich begründet werden. In den von mir beobachteten Fällen wurde die Frage, ob man eine sichere Diagnose stellen kann von Fall zu Fall entschieden: teilweise in Absprache mit den anderen Kollegen, in Rücksicht auf Forschungsschwerpunkte der Institution oder auf die Erwartungen der Patienten. Die Eindeutigkeit, mit der die Gedächtnisstörungen von Herrn K. als Alzheimer-Demenz diagnostiziert wurden, war eher die Ausnahme. Bei einem Großteil der Patienten, die ich in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde erlebt habe, wurden weitere Tests zur genaueren Absicherung angeordnet. Die Testungen wurden vor allem auf bestimmte Techniken ausgeweitet, die objektive Werte ergeben sollen. Während meiner Feldforschungsphase wurde in der Psychiatrie bei mehr als zwei Drittel der Patienten im nächsten Schritt eine Lumbalpunktion gemacht, um aufgrund Alzheimer-typischer Enzyme die Diagnose weiter absichern zu können. Die Testung wurde demnach ausgeweitet auf Laborwerte, die man „objektiv“ zuordnen und zählen kann. In der neurologischen Gedächtnissprechstunde war meist der Behandlungserfolg<sup>69</sup> entscheidend: Spricht ein Patient auf eine bestimmte Medikamentation an, wird die Diagnose beibehalten; verschlechtert sich der Zu-

---

<sup>66</sup> Als ich den Neurologen auf diesen Spielraum zwischen Theorie und Praxis ansprach, zeigte er sich nur verwundert darüber, dass man etwas anderes vermuten könnte. Für ihn schien dies vielmehr ein grundlegendes Charakteristikum klinischer Praxen zu sein.

<sup>67</sup> Der Neurologe erwähnte beispielsweise, dass es neue Hypothesen gibt, die davon ausgehen, dass die Demenz mit Lewy-Körperchen möglicherweise eine Unterform der Parkinson-Erkrankung sei.

<sup>68</sup> Die Definitionen von McKhann et al. und Schmitdke et al. sind als solche zu verstehen: als der Versuch, standardisierte Definitionen und Leitfäden für die Demenzdiagnostik festzulegen.

<sup>69</sup> Wobei Erfolg bedeutet, dass der Zustand stabil bleibt und sich nicht verschlechtert.

stand trotz der Medikamente, werden entweder andere Medikamente getestet oder weitere Untersuchungen angeordnet, das heißt die Diagnose wieder in Frage gestellt.

Mit diesem Vergleich zwischen Fachdiskurs und Diagnosepraxen einerseits, und den Wissenspraxen in den beiden Einrichtungen andererseits, geht es mir nicht um die Frage, wer die Diagnose Alzheimer-Demenz „richtig“ praktiziert, sondern um die Feststellung, dass sich Wissenspraxen von Wissensdiskursen durch einen gewissen Interpretations- und Handlungsspielraum unterscheiden. Wie der Neurologe in einem der Zitate anmerkt, wird in der medizinischen Fachliteratur meist von einem Idealfall ausgegangen, in der alltäglichen klinischen Praxis sind die Krankengeschichten der Patienten und die Diagnoseverfahren weitaus komplexer.

In ihrem Sammelband „Differences in Medicine“ beschreiben die beiden Herausgeber Annemarie Mol und Marc Berg klinische (Wissens-)Praxen als „the work involved in making textbooks come true“<sup>70</sup>. Für die Untersuchung medizinischen Wissens fordert Mol, „that we don’t go with the textbook version of medical knowledge but analyze, instead, what happens in medical practice.“<sup>71</sup> Dieser „practice turn“ wird von Vertretern der Medizinanthropologie und -soziologie und in der Wissenschaftsforschung allgemein seit einiger Zeit gefordert, wenngleich auch mit unterschiedlichen Auslegungen und Schwerpunkten.<sup>72</sup> Die kanadische Medizinanthropologin Margaret Lock und ihre Kollegen Alberto Cambrosio und Alan Young fordern beispielsweise eine Verschiebung weg von „representations to practices“ und verstehen Praxen dabei „as a series of ongoing interactions between researchers, tools, instruments, resources and other elements of biomedical networks.“<sup>73</sup> Sozialwissenschaftliche Arbeiten sollten nicht so sehr den Nachweis versuchen, dass wissenschaftliches Wissen sozial konstruiert sei, sondern viel mehr die Frage stellen, „how that same scientific knowledge is (re)produced“<sup>74</sup>. Ein Ergebnis praxisorientierter Forschungen im Bereich der Medizin ist die Folgerung, dass (Bio-)Medizin grundsätzlich im Plural verstanden werden muss, „instead of a single ‚biomedical‘ belief system, they encountered many“<sup>75</sup>. Diese Vielfältigkeit medizinischen Wissens und auch Handelns zeigt sich zum einen im Vergleich verschiedener Gesellschaften und unterschiedlicher historischer (Be-)Deutungen dieses Wissens, aber auch zwischen verschiedenen Fachgebieten und Professionen.

---

<sup>70</sup> Mol, Annemarie / Berg, Marc: Introduction, in: Dies. (Hrsg.): Differences in Medicine [wie Anm. 11], S. 3.

<sup>71</sup> Mol, Annemarie: The Body Multiple. Ontology in Medical Practice. Durham / London 2002, S. 47.

<sup>72</sup> Schatzki, Theodore R. / Knorr Cetina, Karin / von Savigny, Eike: The Practice Turn in Contemporary Theory. London / New York 2001.

<sup>73</sup> Lock, Margaret / Young, Alan / Cambrosio, Alberto: Introduction. In: Dies. (Hrsg.): Living and Working with the New Medical Technologies [wie Anm. 11], S. 1-16, hier S. 8.

<sup>74</sup> Ebd.

<sup>75</sup> Mol / Berg: Differences in Medicine [wie Anm 11], S.4.

Wie ich in meinem Exkurs im ersten Kapitel angeführt habe, ist Medizin eine praktische Wissenschaft, die geprägt ist von einem Wechselspiel von Theorie und Praxis. Das heißt, dass die Untersuchung einer klinischen Diagnose vor allem auch die ärztlichen Aktivitäten, die klinischen Wissenspraxen in den Blick nehmen muss. Geertz' Analogie von klinischer Schlussfolgerung und Ethnografie führt meines Erachtens in die Enge, wenn die biomedizinischen Grundlagen und wissenschaftliche Konzepte der Medizin ignoriert werden; wenn jedoch allein wissenschaftliche Rationalitäten in den Vordergrund einer Untersuchung medizinischen Arbeitens gestellt werden, verliert man die komplexen und ambivalenten Aushandlungsprozesse aus dem Blick, die für das alltägliche klinische Handeln grundlegend sind. Margaret Lock und ihre beiden Kollegen fordern deshalb, dass wissenschaftliche Rationalitäten re-lokalisiert werden – „moving it out of the minds and brains of individuals and into social institutions, technologies and practices through which individuals interact with one another and with other elements of the material world.“<sup>76</sup>

In der klinischen Praxis werden Theorien unterschiedlich gedeutet und auf den jeweiligen Einzelfall bezogen. Ausgehend von der individuellen Arzt-Patienten-Situation im Diagnosegespräch, mit multiplen, oft nicht eindeutigen oder eindeutig *einer* Krankheit zuordenbaren Symptomen, werden selektiv Diagnosetechniken herangezogen, um eine Diagnose zu stellen. Diese medizinischen Selektionen werden disziplinär und institutionell unterschiedlich gehandhabt und unterliegen bestimmten Bedingungen und Kontexten, die in medizinischen Handbüchern und wissenschaftlichen Konzepten nicht berücksichtigt werden (können), wie beispielsweise forschungspolitische, gesundheitspolitische und ökonomische Strukturen.

Im folgenden Teil *Diagnosen* gehe ich diesem Zusammenwirken von Kommunikation, Technikultur und professionellen und institutionellen Strukturen und Normen in der Formung und Anwendung der Diagnose Alzheimer-Demenz nach. Die Kontextualisierung von Wissen in spezifischen lokalen Settings produziert und vermittelt Annahmen über Wahrscheinlichkeiten, Auftreten und Behandlung der Krankheit und damit auch die Vorstellungen der Möglichkeit einer sicheren Diagnose Alzheimer-Demenz.

*Wie wird in klinischen Wissenspraxen eine sichere Diagnose Alzheimer-Demenz praktiziert?*

Um dieser Frage nach zu gehen, habe ich den Komplex Diagnose und das von mir erhobene Material in drei Felder aufgeteilt<sup>77</sup> und werde nun herausarbeiten, unter welchen Aspekten in

---

<sup>76</sup> Lock / Young / Cambrosio: Living and Working with the New Medical Technologies [wie Anm 11], S. 5.

<sup>77</sup> Es gibt selbstverständlich zahlreiche weitere mögliche Felder wie Ökonomie, hierarchische Strukturen beziehungsweise die Zusammenarbeit mit Kollegen und anderem Fachpersonal, die ich aber auf Grund meines Materials nicht dezidiert bearbeitet konnte.

diesen Feldern die „soziale Fiktion Sicherheit“ verhandelt und stabilisiert wird.<sup>78</sup> Im Kapitel „Übersetzungen“ geht es um die Aushandlung der Diagnose zwischen Arzt und Patient beziehungsweise Angehörigen. Die Strukturierung dieser Übersetzungsarbeit durch die diagnostischen Kategorien und die daraus resultierenden Auswahlmechanismen werden im Kapitel „Selektionen“ thematisiert. Die Frage nach dem Einfluss verschiedener Diagnosetechniken und den damit verbunden Kriterien von Validität schließt daran an. Im letzten Kapitel werde ich mich mit der Frage auseinandersetzen, wie diese unterschiedlichen Praxen institutionell legitimiert werden.

---

<sup>78</sup> In der Verschriftlichung hat sich gezeigt, dass es äußerst schwierig ist, die Gleichzeitigkeit dieser verschiedenen Aspekte in ihrer Vielschichtigkeit, Komplexität und Verwobenheit wieder zu geben. Dadurch ergeben sich an einigen Stellen Redundanzen.

### *III. Diagnosen*

#### 1. Übersetzungen

Grundlage jeglicher Diagnostik und gleichsam zentrales Moment medizinischer Praxen ist die Arzt-Patient-Interaktion. Die Erstellung einer Diagnose hat dabei für beide Seiten eine wichtige Funktion: Für den Patienten ist die Diagnose ein wichtiger erster Schritt, um mit Veränderungen und Beeinträchtigungen des Körpers umgehen zu können. Neben der Einleitung einer Behandlung der wahrgenommenen Symptome hat die Diagnose für den Patienten eine weitere wichtige Funktion: sie legitimiert die Wahrnehmung und die Beschwerden des Patienten. Für den Arzt ist die Erstellung einer Diagnose Grundlage seines Arbeitens: Alle Entscheidungen, Maßnahmen, Handlungen, die der Arzt trifft und vornimmt, werden durch eine Diagnose erforderlich, aber durch diese auch erst legitimiert.

Welche Rolle spielt nun die Interaktion von Arzt und Patient in der Herstellung von Sicherheit? Wie wird in dieser Konstellation Arzt-Patient Sicherheit praktiziert? Dabei zielen diese beiden Fragen darauf ab, ob und wie Arzt und Patient in ihrer Aushandlung zu einer von beiden Seiten akzeptierten Diagnose kommen. Der Begriff der Aushandlung mag hoch gegriffen klingen angesichts einer strukturell asymmetrisch angelegten Konstellation, in welcher der Arzt als Experte mit einer gewissen Definitions- und Handlungsmacht dem Patienten als hilfesuchenden Laien gegenübersteht. Allerdings ist anzumerken, dass sich diese Arzt-Patient-Beziehung in den letzten Jahren zu wandeln begonnen hat. Grob gesagt weichen vormals paternalistische Einstellungen im Gesundheitssystem mehr und mehr einer Dienstleistungsmentalität, die verstärkt auf eine enge Kooperation von Arzt und „Klient“ setzt. Gewandelte soziale Normen und Veränderungen in der Rechtssprechung bestärken den Patienten als aktiven Akteur im medizinischen Entscheidungsprozess und fordern geradezu den eigenverantwortlichen, informierten Patienten. Gleichzeitig führen die zunehmende Technologisierung und Spezialisierung medizinischer Praxen dazu, dass der Patient mehr denn je auf das Expertenwissen des Arztes angewiesen ist.<sup>79</sup>

Aushandlung meint in diesem Zusammenhang, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen den beiden Parteien entstehen muss, das dem Patienten ermöglicht, die Diagnose, die der Arzt gestellt hat, zu akzeptieren. Vor allem in Konfliktsituation, in denen ein Patient oder die Angehörigen die Diagnose nicht annehmen wollen, wird deutlich, wie wichtig diese Akzeptanz ist.

---

<sup>79</sup> Vgl. hierzu Stichwort „Arzt-Patient-Beziehung“ in: Lexikon der Bioethik, Band 1, Gütersloh 2000, S. 238-248.

### *1.1. Sicherheit als Vertrauensleistung*

In der Routine der Diagnosestellung einer Alzheimer-Demenz taucht die Frage nach der möglichen Sicherheit der Diagnose seitens der Akteure nicht auf. Wenn ich in diesem Zusammenhang dennoch danach frage, heißt das, dass ich diesen Begriff als Reflektionsbegriff verstehe, um damit den Stabilisierungspraxen wissenschaftlicher Unsicherheiten im Moment der Diagnosestellung nachzugehen. Für die Arzt-Patient-Interaktion gehe ich davon aus, dass die Sicherheit, also die Stabilisierung der Diagnose Alzheimer-Demenz auf einem funktionierenden Vertrauensverhältnis basiert, das wiederum von einer gelungenen Übersetzung zwischen Arzt und Patient abhängt. Der Soziologe Niklas Luhmann beschreibt Vertrauen als eine „Form von Sicherheit“<sup>80</sup>. Vertrauen sei elementarer Tatbestand des sozialen Lebens, um in einer Welt sozialer Komplexität überhaupt entscheidungs- und handlungsfähig zu sein.<sup>81</sup> Übertragen auf die Arzt-Patient-Beziehung bedeutet das, der Patient erwartet vom Arzt als Experten, dass er aus den subjektiven Wahrnehmungen und Beschwerden Sinn macht und eine Diagnose stellt. Vertrauen, und damit die „soziale Fiktion Sicherheit“, entsteht, wenn der Patient die Kriterien der Validität, die der Arzt in seiner Wissenspraxis ansetzt, akzeptiert. Der Psychologe und Wissenschaftsforscher Gerd Gigerenzer bezeichnet diese soziale Fiktion in der Arzt-Patienten-Beziehung als „Illusion von Sicherheit“<sup>82</sup>. Ein zentrales Argument Gigerenzers ist, dass die Art und Weise der Kommunikation ein wichtiger Aspekt in der Herstellung dieser Illusion ist. Wie ein Arzt über eine mögliche Behandlungsmethode aufklärt – ob er beispielsweise erklärt, die folgende Behandlung habe ein Risiko X von 30% oder, dass X bei 3 von 10 Patienten auftrete – sei mitentscheidend für das „Sicherheitsgefühl“ des Patienten. In seinen Beispielen wird aber auch deutlich, dass die „Illusion von Sicherheit“ mit den Erwartungen der beteiligten Akteure eng verknüpft ist. Welche Einschätzung hat der Arzt im Hinblick auf den (un-)informierten Patienten, aber auch auf seine eigenen Rolle als Experte? Was denkt der Arzt, welche Informationen der Patient erwartet und vor allem verstehen kann? Auf Seiten des Patienten stellt sich die Frage, welche Rolle der Patient vom Arzt erwartet. Die Rolle des Experten, der den Patienten unterstützt, Entscheidungen zu treffen? Eine Autorität, die ihm Entscheidungen abnimmt? Welche Erwartung an den Arzt verbirgt sich beispielsweise hinter der Aussage der Angehörigen im Wartezimmer, wenn sie sagt: Wenn man nur alles wüsste, was der Arzt weiß! Der Wunsch selbst als aufgeklärte

---

<sup>80</sup> Luhmann, Niklas: Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart 1989, S. 11.

<sup>81</sup> Ebd., S. 1-2.

<sup>82</sup> Gigerenzer, Gerd: Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin 2002, hier S. 21.

Patientin beziehungsweise Angehörige in der Behandlung mitentscheiden zu können? Oder schlicht die Annahme, dass der Arzt mehr weiß und die richtigen Entscheidungen trifft?

Im Folgenden werde ich anhand meines empirischen Materials einige Beispiele der Arzt-Patient-Interaktion darstellen. Dazu habe ich aus meinem Material fünf Fallbeispiele ausgewählt, die einen Einblick in die verschiedenen Facetten dieser Konstellation geben.<sup>83</sup> Ausgehend von diesem Material werde ich nach Möglichkeiten der Interpretation dieser Interaktion fragen, die weiterhelfen können die Aushandlungsprozesse zwischen Arzt und Patient zu verstehen. Im ersten Beispiel skizziere ich eine für die Gedächtnissprechstunde relativ typische Situation. Es handelt sich allerdings nicht um eine Erstdiagnose, die Patientin ist bereits von ihrem Nervenarzt mit Alzheimer-Demenz diagnostiziert worden. Der Ablauf entspricht jedoch dem üblichen Diagnoseverfahren bei einer Erstdiagnose.<sup>84</sup> Um einen besseren Einblick in den Verlauf eines Diagnosegesprächs zu geben, ist das erste Beispiel relativ ausführlich gehalten.

Es ist Mittwochmorgen, kurz nach 9 Uhr, und ich sitze wie üblich neben der Ärztin im Sprechzimmer der Gedächtnissprechstunde. Ein Ehepaar sitzt uns gegenüber, beide sind etwa 80 Jahre alt. Der Mann hat eine schwarze Aktentasche auf dem Schoß liegen, einen Stoffbeutel hat er an seinen Stuhl gehängt. Seine Frau sitzt schüchtern neben ihm.

Ärztin: Was führt Sie heute zu uns?

Herr W.: Die Überweisung des Nervenarztes, damit wir auch fachärztliche Auskunft bekommen.

Ä: Was ist denn der Grund für die Überweisung?

Herr W.: Meine Frau hat Demenz, also bei ihr wurde eine mittlere Alzheimer festgestellt. Und wir wollen nun wissen, welche Therapiemöglichkeiten es noch gibt.

Ä: Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Herr W.: Da muss ich meinen Schulzettel heraussuchen (er kramt in seiner Aktentasche) Währenddessen fragt die Ärztin weiter: Seit wann haben Sie diese Gedächtnisstörungen? Wann wurde das zuerst diagnostiziert?

Herr W.: Vor drei Jahren wurde das diagnostiziert, angefangen hat es vor ungefähr fünf Jahren.

Ä: Wie weit sind denn die Gedächtnisstörungen fortgeschritten? Welche Aufgaben machen Sie denn beispielsweise zuhause noch?

Herr W.: Häusliche Arbeiten versucht sie noch zu machen. Also, kochen kann sie nicht mehr.

Frau W.: Nein, kochen kann ich nicht mehr.

Herr W.: Auch telefonieren nicht mehr. Sie weiß dann einfach nicht mehr wer dran ist.

Ä: Hat Ihre Frau Aggressionen?

Herr W.: Wie bitte?

Ä: Aggressionen, verhält sich Ihre Frau manchmal aggressiv?

Herr W.: Nein, gar nicht.

Ä: Kamen in der Familie Ihrer Frau Gedächtnisstörungen vor?

---

<sup>83</sup> Das Material ist hier auf das Wesentliche reduziert, d. h. dass ich vor allem Gesprächssituationen und weniger Testsituationen darstellen werde. Im Kapitel *Valide Diagnosetechniken* werde ich dann auf die Testsituationen eingehen.

<sup>84</sup> Feldnotizen vom 7. Dezember 2005.



Herr W.: Bei der kleinen Schwester, ja.

Frau W.: Aber ich weiß nicht, ob das Alzheimer ist.

Herr W.: Ja, die sagt natürlich sie ist gesund.

Die Ärztin notiert „Schwester AD“ in der Krankenakte.

Dann fragt sie nach weiteren Krankheiten und Medikamenten.

Herr W. kramt in der Tasche: Gestern Abend hatte ich doch alles hier reingetan. Ach hier: da steht alles.

Er zählt die Medikamente auf, die auf seiner Liste stehen und steckt die Liste anschließend in seine Brieftasche. Seine Frau sitzt aufmerksam daneben, spricht manche Medikamente nach.

Die Ärztin hat noch einige weitere Fragen für die Anamnese, wie nach dem Alter der Patientin, nach Schulbildung und Beruf. Das Ehepaar beantwortet gemeinsam ihre Fragen. Schließlich bittet die Ärztin den Ehemann im Wartezimmer zu warten während sie mit seiner Ehefrau die neuropsychologischen Tests durchführt.

Die Patientin und ihr Ehemann sind sehr bemüht, den Anforderungen der Ärztin nachzukommen und sich in den vorgegebenen Ablauf einzufügen. Die Ärztin ist diejenige, die im Gespräch bestimmt, welche Informationen wann und in welchem Umfang relevant sind. Vom Ehepaar selbst kommen keine Fragen, sie geben nur die Informationen, nach denen die Ärztin sie fragt. Auch zwischen den Eheleuten scheint die Rollenverteilung klar abgestimmt: Der Ehemann liefert die Informationen, die Ehefrau unterstützt die Aussagen ihres Mannes, bleibt in der Kommunikation aber meist im Hintergrund. Anfangs spricht die Ärztin noch konsequent die Patientin selbst an („Welche Aufgaben machen Sie denn beispielsweise zuhause noch?“), nachdem aber die Antworten grundsätzlich vom Ehemann erfolgen, geht sie schließlich dazu über, die weiteren Fragen an ihn zu richten („Kamen in der Familie ihrer Frau Gedächtnisstörungen vor?“). Jeder der drei Akteure hat eine bestimmte Rolle, die vom Gegenüber akzeptiert wird. Durch die Akzeptanz der Rollenverteilung verläuft die Übersetzung zwischen den Anforderungen und den Fragen der Ärztin sowie den Erwartungen des Ehepaars ohne Komplikationen.

Es mag eine Rolle spielen, dass die Frau in Behandlung bei einem Nervenarzt ist, der die Diagnose im Wesentlichen schon gestellt hatte.<sup>85</sup> Somit waren zum einen also keine offenen Fragen und akuten Ängste zu besprechen und zum anderen wusste das Ehepaar ganz offensichtlich, was von ihnen erwartet wird und hat sich darauf vorbereitet. Dafür sprechen auch die Liste mit den Medikamenten und die zahlreichen Unterlagen, die der Ehemann mitgebracht hatte.

Zurück in die Gedächtnissprechstunde:

Nachdem Herr W. den Raum verlassen hat, beginnt die Ärztin mit den neuropsychologischen Tests. Sie hat eine Liste mit Fragen an Frau W.. Schließlich soll sie Bilder benen-

---

<sup>85</sup> Allerdings ist es grundsätzlich in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde selten, dass Patienten ohne jegliche Voruntersuchung bei einem niedergelassenen Arzt kommen, in der neurologischen Gedächtnissprechstunde ist es sogar Voraussetzung für einen Termin.

nen, sich Wörter merken und einiges mehr. In der Testung erledigt Frau W. konzentriert, wenngleich auch sehr langsam, die ihr gestellten Aufgaben. Insgesamt wirkt Frau W. ohne ihren Ehemann viel unsicherer, aber sie bemüht sich den Testaufgaben nachzukommen. Während Frau W. an der letzten Aufgabe arbeitet (sie soll auf einem Blatt Papier verschiedene geometrische Figuren nachzeichnen), fasst die Ärztin die Punkte der bisherigen Tests zusammen, blättert in der Krankenakte in der roten Kladde, auf der der Name der Patientin und eine Nummer vermerkt sind. Sie trägt Zahlen in Kästchen ein und addiert diese. Zum Schluss fasst sie die Punktzahlen auf einem Blatt zusammen. Dann hat sie noch ein paar Fragen an Frau W. für die Anamnese.

Ä: Frau W., wie ist denn Ihr Appetit?

Frau W.: Ja gut.

Ä: Und wie sieht es mit dem Schlafen aus?

Frau W.: Auch gut, na ja, es geht so, aber man könnte sagen gut.

Ä: Gibt es Gefühle von Traurigkeit, Verstimmungen?

Frau W. zögert kurz: Manchmal.

Ä. macht sich Notizen und meint dann: So, ich hol dann mal Ihren Mann wieder herein.

Frau W. räumt den anderen Stuhl frei, damit sich ihr Mann wieder setzen kann.

Ä: Also, die Testergebnisse stimmen mit dem überein, was schon vorher getestet wurde. Das heißt: Alzheimer ist nicht ausgeschlossen. Aber wir können das noch nicht sicher sagen bis wir nicht alle Befunde haben. (Sie meint die Aufnahmen der Computertomografie, die der Mann zuvor vergebens in seinen Unterlagen gesucht hatte.)

Ä: Sie haben sich an uns gewandt mit der Frage, wie man weiter therapieren kann. Es gibt derzeit drei Medikamente, die auf dem Markt sind für dieses Stadium. Sie nehmen momentan eines davon.

Herr W.: Ja, es ist jetzt die Frage ob das erhöht werden soll. Wir nehmen jetzt 8g und die Frage ist, ob das auf 16g erhöht werden soll.

Ä: Ja, auf jeden Fall soll das erhöht werden und ich würde auch vorschlagen Antidepressiva einzunehmen.

Herr W. nennt ein Medikament.

Ä: Nein, das ist im Alter nicht angebracht, weil es eher beruhigend wirkt und auch schnell abhängig machen kann.

Die Ärztin macht einen anderen Vorschlag, der Ehemann nickt zustimmend.

Herr W.: Wir haben nächste Woche Mittwoch einen Termin beim Nervenarzt.

Frau W.: Nein, Montag ist der Termin, das weiß ich.

Herr W.: Richtig, Montag müssen wir dahin. Da müsste dann der Arztbrief da sein. An den Herrn Dr., äh, Herr Dr. ach ja Herr Dr. B.. (er lacht über seine Vergesslichkeit)

Die Ärztin versichert ihm, dass sie den Arztbrief schnellstmöglich fertig machen wird, ansonsten könne der Nervenarzt auch jederzeit bei ihr anrufen. Dann führt sie das Ehepaar nach draußen.

Als ich etwas später mit der Ärztin über die Patientin spreche, meint sie: „Das war mal wieder eine liebe Patientin.“ Und tatsächlich ist ein Aspekt dieser Arzt-Patient-Interaktionen auffallend: Die Autorität der Ärztin wird widerspruchsflos akzeptiert. Die Ärztin ist in der Interaktion eindeutig diejenige, die das Gespräch führt und entscheidet, wann welche Information relevant ist. Sehr häufig war es in den von mir beobachteten Diagnosegesprächen so, dass Patienten im Anamnesegespräch selbst entscheiden (wollen), wann und welche Informationen sie in welchem Umfang für relevant befinden. Ein weiterer Hinweis auf die widerspruchsfolle Akzeptanz der Meinung der Ärztin ist die Reaktion auf den Vorschlag, Antidepressiva einzu-

nehmen. Es mag sein, dass die Patientin während der Testsituation etwas antriebslos und unsicher gewirkt hatte, entscheidend für die Ärztin war wohl die Antwort der Patientin auf die Frage, ob sie Gefühle von Traurigkeit verspüre: „Manchmal“. Weder der Ehemann noch die Patientin selbst reagierten abwehrend auf die Verschreibung von Antidepressiva. Das ist insofern auffallend, da die meisten Patienten und Angehörigen zuerst abwehrend oder zumindest skeptisch auf die Verschreibung von Antidepressiva reagieren.

Der Ärztin erleichtert die Akzeptanz ihrer Autorität den vorgesehenen Ablauf ohne „Umwege“ durchzugehen (eine liebe Patientin!); die Informationen, welche die Ärztin für die Akte benötigt, werden problemlos gegeben. In diesem Beispiel funktioniert die Übersetzung relativ reibungslos und das Vertrauensverhältnis ist intakt: Die Erwartungen beider Seiten werden in Einklang gebracht. Zwar fehlen noch einige Befunde, ohne die eine Alzheimer-Demenz „noch nicht sicher“ ist, aber die Diagnose Alzheimer-Demenz in Kombination mit Depressionen ist offensichtlich so „stabil“, dass ohne Widerspruch oder größere Zweifel die entsprechenden medikamentösen Behandlungen eingeleitet beziehungsweise erhöht werden.

Mit dem nächsten Beispiel komme ich zurück zu Ehepaar K., das ich schon im letzten Kapitel eingeführt habe. Im Auswertungsgespräch hatte die Ärztin dem Ehepaar die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung mitgeteilt: Die Ergebnisse seien so eindeutig, dass man auf eine ausführliche Diagnostik verzichten könne. An dieser Stelle knüpfe ich nun wieder an, um zu sehen, wie das Ehepaar mit dieser Diagnose umgeht.<sup>86</sup>

Ä: ...davon [von einer Liquorpunktion] würde ich in diesem Fall aber abraten, weil die Ergebnisse der Gedächtnistests, die ich heute durchgeführt habe, eindeutig sind. Es handelt sich bei Ihrem Mann um eine Alzheimer-Demenz.

Herr K. beugt sich vor: Was, was?

Frau K.: Alzheimer, Lothar. (sie wirkt sehr ruhig und gefasst)

Ä: Ich würde jetzt erst einmal eine Medikamentierung empfehlen.

Frau K.: Aber Lothar, das musst du dann aber auch nehmen.

Herr K.: Ja, ja.

Frau K.: Wirklich Lothar, wenn du hier sagst, dass du sie nimmst, dann musst du sie wirklich nehmen.

Ä: Die Medikamente können nichts rückgängig machen, aber sie halten erst einmal den Verlauf der Demenz auf. Außerdem steht jetzt definitiv der Antrag auf Pflegestufe 1 an.

Frau K.: Zuhause, das schaff ich schon.

Ä: Sie sollten sich auch unbedingt durch Selbsthilfegruppen beraten lassen und Hilfe holen. Es gibt zum Beispiel die Alzheimer Gesellschaft. Ich sehe auch, dass Sie überlastet sind. Deswegen würde ich den Antrag auf Pflegestufe 1 gemeinsam mit Ihnen machen. Sie sind die wichtigste Bezugsperson für Ihren Mann, Sie müssen gesund bleiben. Holen Sie sich wirklich Hilfe, gehen sie zu einer Selbsthilfegruppe.

Frau K.: Ach wissen Sie, ich kann schon damit umgehen. Mein Vater ist an Alzheimer erkrankt, den hab ich vier Jahre lang gepflegt, ich weiß, was auf mich zukommt.

---

<sup>86</sup> Feldnotiz vom 6. Dezember 2005.

Ä: Sie müssen auch immer ehrlich mit uns sein, damit wir ihren Mann richtig behandeln können. Auch wenn er zum Beispiel aggressiv wird.

Frau K. weint, nimmt ihre Brille ab und wischt sich die Augen. Ihr Mann sitzt völlig teilnahmslos und ruhig daneben.

Ä: Wir sehen uns jetzt erst einmal wöchentlich zur Medikamenten-Einstellung.

Darüber scheint Frau K. sehr erleichtert. Die Ärztin erinnert sie noch einmal eindringlich an die Selbsthilfegruppe und schließlich begleitet sie beide nach draußen. Die beiden verabschieden sich sehr herzlich von mir.

In einem späteren Gespräch zeigt sich die Ärztin mir gegenüber regelrecht fassungslos über diesen schweren Fall von Alzheimer-Demenz. Das erlebe sie doch sehr selten, dass bei Patienten in diesem fortgeschrittenen Stadium eine Erstdiagnose gemacht werden soll. Manchmal würden Angehörige das Unausweichliche wirklich bis zum Letzten hinauszögern oder verdrängen.

Aber etwas hatte mich hellhörig gemacht: Frau K.s Feststellung, sie wisse, was auf sie zukomme, sie habe vier Jahre lang ihren an Alzheimer erkrankten Vater gepflegt. Die Selbstverständlichkeit und Gefasstheit, mit der die Ehefrau die Diagnose aufgenommen hat, weist darauf hin, dass sie diese Diagnose erwartet hat. Herr K. war während der Testung schon damit überfordert, sich die Aufgaben und Fragen, die ihm die Ärztin gestellt hatte, für einen kurzen Zeitraum zu merken. „Was soll ich jetzt machen?“, hatte er die Ärztin immer wieder gefragt. Und völlig unvermittelt hatte er sich zwischendurch verwirrt im Raum umgesehen und gefragt: „Wie heißt der Laden hier?“ Dass sich die Ehefrau der Schwere der Erkrankung ihres Mannes nicht bewusst war, ist unwahrscheinlich. Auffallend ist in diesem Zusammenhang auch, dass nicht weiter erklärt wird, was Alzheimer-Demenz eigentlich ist oder wie der weitere Verlauf der Krankheit sein wird. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Ehefrau weiß, was Alzheimer-Demenz bedeutet. Es könnte aber auch bedeuten, dass Menschen im Moment dieser Diagnose erst einmal verstummen und konkretere Informationen in diesem Moment nicht relevant scheinen.

Im Hinblick auf die insgesamt 27 Diagnosesituationen, die ich während meiner Feldforschung beobachten konnte, lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Diagnose Alzheimer-Demenz in der Regel von den Patienten und Angehörigen ohne Widerspruch akzeptiert wird. Zwar wurden bei Wiederholungsterminen des Öfteren Nachfragen gestellt über den weiteren Verlauf der Krankheit, die Möglichkeiten der Behandlung und vor allem auch über die Pflege der Patienten, aber die Diagnose an sich wurde grundsätzlich akzeptiert. Wenn es überhaupt zu widersprüchlichen Meinungen zwischen Patienten und deren Angehörigen sowie den Medizinern kam, war das meist auf die Behandlung bezogen, beispielsweise die Wahrnehmung von Nebenwirkungen von Medikamenten oder mangelnder Effizienz der Therapierung.

In der Gerontopsychiatrie konnte ich diesbezüglich ein auffallendes Phänomen beobachten: Die Akzeptanzbereitschaft bei der am zweithäufigst gestellten Diagnose Depression verhielt sich geradezu konträr.<sup>87</sup> Diese Diagnose schien sehr viel seltener den Erwartungen der Patienten und Angehörigen zu entsprechen und führte weit aus häufiger zu Zweifeln an der Diagnose und zu Konflikten über die angestrebten medizinischen Maßnahmen. Dazu ein Beispiel:<sup>88</sup> Frau C. hat einen Termin in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde, um die Wirkung der Antidepressiva zu überprüfen, die ihr die Psychiaterin beim letzten Termin vor drei Wochen verschrieben hat. In erster Linie geht es darum, über mögliche Nebenwirkungen zu sprechen. Die Ärztin hat die rote Kladde mit der Patientenakte vor sich liegen.

Ä: Wie geht es Ihnen mit den Medikamenten, Frau C.?

Frau C.: Also, erst einmal hatte ich gar keine Nebenwirkungen. Aber irgendwie, seit einer Woche bin ich ständig nervös. Diese Nervosität, ich weiß nicht, ob das von dem Medikament kommt. Es kann schon auch andere Gründe haben. Eine Freundin von uns, die ist erst kürzlich gestorben, die hatte sich ziemlich gequält am Ende. Na und gestern war erst die Beerdigung. Und Dezember, also die Zeit mag ich gar nicht. Früher als die Kinder noch klein waren, da fand ich die Weihnachtszeit noch schön aber jetzt; und diese Nervosität, ich weiß nicht, kann das von dem Medikament kommen?

Ä: Ich seh mal nach. (sie nimmt ihr Nachschlagewerk zu Medikamenten zur Hand und blättert darin) Nein, zu den typischen Nebenwirkungen gehört es jedenfalls nicht. Nervosität steht hier nicht.

Wie verläuft hier die Übersetzung zwischen Ärztin und Patientin? Auf die Frage nach der Verträglichkeit der Medikamente erzählt Frau C. ausführlich aus ihrem Alltag, beschreibt ihre Nervosität und im Grunde genommen, dass es ihr nicht gut gehe (eine Freundin ist erst kürzlich gestorben; früher war Weihnachten noch schön, aber jetzt..). Sie will nun wissen, ob die Nervosität vom Medikament kommen könne, ob dies möglicherweise eine Erklärung für ihr Unwohlsein sein könnte. Die Ärztin nimmt ein medizinisches Fachbuch zur Hand und kommt zu dem Schluss: Nein, „Nervosität“ ist nicht übersetzbar in „Nebenwirkung“. Beruhigt ist Frau C. davon keineswegs:

Frau C.: Und die Gedächtnisstörungen, die sind nicht besser geworden, deswegen bin ich ja eigentlich hier.

Ä: Es gibt zwei Ursachen von Gedächtnisstörungen: Ihre Tests haben ergeben, dass sie keine Demenz entwickeln, Frau C.. Depressionen sind bei Ihnen die Ursache für die Gedächtnisstörungen, die Ihnen aufgefallen sind.

Frau C.: Aber ich hab wirklich keine Depressionen, ich würd' sagen ich bin sogar eher ein Optimist. Alle meine Bekannten, die haben sich sehr gewundert, das passt gar nicht zu mir.

Ä: Da steckt eine falsche Vorstellung von Depression dahinter, Frau C.. In der Regel denkt man, es ginge um schlechte Stimmungen. Aber bei Ihnen waren es vor allem auch die körperlichen Beschwerden, die darauf hinwiesen. Depression kann sich auch rein körperlich äußern.

---

<sup>87</sup> Depression ist die am zweithäufigsten gestellte Diagnose in der Psychiatrie, in der neurologische Gedächtnissprechstunde war die Verteilung etwas anders. Siehe hierzu S. 21 dieser Arbeit.

<sup>88</sup> Feldnotiz vom 6. Dezember 2005.

Frau C.: Was kann ich denn dagegen machen, gegen die Gedächtnisstörungen, was kann man denn tun?

Ä: Was schwebt Ihnen denn vor?

Frau C.: (lacht verunsichert) Ja, ich weiß ja auch nicht. Was kann ich denn selbst tun? Ich mach sehr gerne Kreuzworträtsel, das macht mir sehr viel Freude.

Ä: Das ist schon mal sehr gut. Gut ist es auch, viel unter Menschen zu gehen, soziale Kontakte zu pflegen, viel zu unternehmen.

Frau C.: Na, früher sind mein Mann und ich viel in die Oper gegangen, aber das ist mir jetzt immer zu spät am Abend. Auch wenn Gäste kommen, das wird mir schnell zu viel, das ganze Gerede, da zieh ich mich dann schnell zurück. Das ist nicht mehr so wie früher.

Ä: Ich würde vorschlagen, wir machen das jetzt folgendermaßen: Wir probieren eine höhere Dosierung; also die doppelte Dosis, das ist die Höhe, wo das richtig gut wirkt und da Sie ja keine Nebenwirkungen haben, probieren wir das jetzt mal aus. Ich schreib Ihnen dafür ein Rezept auf und dann lassen Sie sich in der Anmeldung gleich einen neuen Termin geben.

Frau C. ist von der Diagnose Depression als Ursache für ihre Gedächtnisstörungen nicht überzeugt, ihre eigene Einschätzung und die ihrer Bekannten passen nicht zur Diagnose. Auch sind in ihren Augen die Gedächtnisstörungen nicht besser geworden. Darauf hin erklärt ihr die Ärztin, dass die Test ergeben haben, dass sie keine Demenz habe. Auf Frau C.s Zweifel an der Diagnose Depression reagiert sie mit der Feststellung, dass da „eine falsche Vorstellung von Depression“ dahinterstecke: „Depression kann sich auch rein körperlich äußern“. Die Ärztin versucht die negative Vorstellung von Depressionen zu neutralisieren, indem sie Depression als körperliche und nicht als psychische Erkrankung definiert. Diese nachdrückliche medizinische Erklärung der Ärztin akzeptiert Frau C. schließlich.

Man darf dabei nicht vergessen, dass in die Gedächtnissprechstunde eine ganz spezifische Generation von Patienten kommt, die in der Regel den Arzt oder die Ärztin als Autorität ansehen. Im Falle von Frau C. jedenfalls scheint die ärztliche Autorität gegenüber der eigenen, alltäglichen Selbstwahrnehmung und -einschätzung zu überwiegen. Die Ärztin wiederum hat ihre Erfahrungen mit Patienten, die der Diagnose Depression gegenüber skeptisch eingestellt sind. Sie bemüht sich, die Seite der Patientin ernst zunehmen, ihr Autorität zuzusprechen: „Was stellen Sie sich vor?“ und „Das ist schon mal sehr gut!“ Damit vermittelt sie der Patientin das Gefühl, ihre Meinung ist wichtig. Die Deutungsmacht liegt dennoch eindeutig bei der Ärztin – und ihrem medizinischem Fachbuch.

Es mag auf den ersten Blick verwundern, dass Menschen, die aufgrund einer Gedächtnisstörung in die Sprechstunde kommen, eher eine fatale Diagnose wie Alzheimer-Demenz akzeptieren als die Diagnose Depression, die medikamentös mittlerweile weitestgehend behandelbar ist. Diese unterschiedliche Akzeptanz verweist darauf, was ich als Funktion der Diagnose für den Patienten bezeichnet habe: die Legitimierung der eigenen Wahrnehmung. Diese Legitimierung ist eng verknüpft mit dem moralischen Status, den eine Diagnose für einen Patienten



ten (und für seine Umwelt) haben kann. Der kanadische Soziologe André Smith hat die unterschiedliche Akzeptanz von Alzheimer-Demenz und Depression als Diagnose bei Gedächtnisstörungen untersucht. Er stellt fest, dass die Diagnose Depression oftmals als stigmatisierend empfunden wurde, während „a diagnosis of dementia represents a morally neutral alternative that situates memory lapses within the realm of neurobiology“.<sup>89</sup> Im Beispiel von Frau C. wird diese moralische Komponente deutlich. Depression, das passe nicht zu ihr und auch die Bekannten wären über diese Diagnose verwundert. Ihre Abwehrhaltung verweist auf die befürchtete Stigmatisierung, die mit dieser Diagnose verbunden sein könnte. Indem die Ärztin sich bemüht, ihr die Diagnose Depression als medizinische und quasi wertfreie Kategorie nahe zubringen – „Da steckt eine falsche Vorstellung von Depression dahinter, Frau C.“ – versucht sie die negative moralische Bewertung der Diagnose zu nivellieren.

Die ersten drei Beispiele machen deutlich, dass die Akzeptanz der Diagnose auch davon abhängt, ob das diagnostizierte Krankheitsbild den alltäglichen, subjektiven Wahrnehmungen und den Erwartungen des Patienten (und der Angehörigen) entspricht. Welche Erfahrungen, aber auch welches „gefühlte Stigma“<sup>90</sup> werden mit einer Krankheit verbunden? Welches Vorwissen haben die Patienten oder Angehörigen über eine Diagnose? Entscheidend für die Akzeptanz der Diagnose ist des Weiteren, inwiefern der Patient den Aussagen des Arztes vertraut. Das kann in der individuellen Arzt-Patient-Beziehung begründet sein, aber auch davon abhängen, wie viel „Vorschussvertrauen“ von den Patienten in diese Diagnosesituation eingebracht wird. Wie weit wird der professionellen Autorität der Mediziner grundsätzlich vertraut? Impliziert ist darin eine bestimmte Erwartungshaltung an die Rolle der Medizin beziehungsweise des Arztes.

## *1.2. Eine Frage der Perspektive?*

Wie lassen sich diese Beispiele von Übersetzungsleistung in der Arzt-Patient-Interaktion aus medizinanthropologischer Sicht interpretieren? Ein möglicher Ansatz diese Beziehung zu deuten, ist die Untersuchung der unterschiedlichen Sichtweisen auf eine Krankheit. Arzt und Patient werden dabei als Vertreter verschiedener Wissenskulturen mit je unterschiedlichen Perspektiven auf und Erfahrungen mit Krankheit verstanden. Dieser sozialwissenschaftliche Zugang zum Feld der Medizin entwickelte sich in den 1950er Jahren und war geprägt durch

---

<sup>89</sup> Smith, André: Negotiating the Moral Status of Trouble, in: Leibing / Cohen (Hrsg.): Thinking about Dementia [wie Anm. 13], S. 64-79, hier S. 77.

<sup>90</sup> André Smith unterscheidet in seinem Artikel zwischen „enacted stigma“ als konkrete Erfahrung von Zurückweisung und Diskriminierung und „felt stigma“, als erwartete antizipierte Stigmatisierung; Smith: Negotiating the Moral Status of Trouble [wie Anm. 89], hier S. 72.

die Unterscheidung zwischen Krankheit als „disease“ und Krankheit als „illness“. Mit dem Begriff „disease“ verband sich eine Vorstellung von Krankheit als physische Abweichungen, die von der Biomedizin studiert und behandelt werden. Mit dem Begriff „illness“ sollte die „andere“ Realität von Krankheit mit ihren psychologischen und sozialen Dimensionen auf Seiten der Betroffenen, der Patienten, markiert und beschreibbar werden. Dadurch wurde Krankheit als lebensweltliche, alltägliche Realität aus der anthropologischen Perspektive analysierbar, die als von der Medizin vernachlässigt verstanden wurde. Die biomedizinische Autorität und Dominanz in der Beschreibung von Krankheit als wissenschaftliche Entität wurde davon nicht berührt. Erst mit dem Aufkommen des interdisziplinären Feldes der „Science and Technology Studies“ in den 1980er Jahren rückte allmählich auch „disease“ als Produkt biomedizinischer Wissenspraxis in den Fokus sozialwissenschaftlicher und medizin-anthropologischer Analyse. Geprägt durch die so genannten Laborstudien<sup>91</sup> entwickelte sich eine grundlegende Auseinandersetzung darum, ob Wissenschaft als soziokulturelle Praxis verstanden werden kann und auch als solche zu analysieren ist. Diesem Diskurs folgend entstanden in den folgenden Jahren zahlreiche Studien, die sich dem Bereich medizinischer Wissensarbeit gewidmet haben.<sup>92</sup>

Im Sinne dieses Ansatzes könnte man das Diagnosegespräch als Situation interpretieren, in der sich Akteure mit verschiedenen Perspektiven auf die Krankheit, die durch unterschiedliche Wissenskulturen geprägt sind, gegenüberstehen und Gedächtnisstörungen beziehungsweise Alzheimer-Demenz entweder im Sinne von „illness“ oder „disease“ wahrnehmen und interpretieren. Der Patient interpretiert die alltäglichen subjektiv wahrgenommenen Symptome im Referenzrahmen seiner „Laien-Wissenskultur“; er ist dabei nicht nur informiert durch die alltägliche Beobachtung des eigenen Körpers und der eigenen Wahrnehmung, sondern auch durch die Medien, die Alzheimer-Demenz immer wieder als Thema aufgreifen. Der Mediziner, mit seiner Erfahrung in der klinischen Praxis, klassifiziert und interpretiert die Beschreibungen des Patienten oder der sie begleitenden Angehörigen für die Krankenakte gemäß seiner professionellen Wissenskultur – die ihm schließlich eine Aussage über die den Symptomen zu Grunde liegende Krankheit ermöglicht.

Dieser perspektivistische Ansatz wird oftmals mit einer Kritik am asymmetrischen Verhältnis von Arzt und Patient verbunden: „Disease“ als Beschreibung von Krankheit aus Sicht der

---

<sup>91</sup> Zu nennen sind vor allem die Arbeiten von Latour und Woolgar (Latour, Bruno / Woolgar, Steve: *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*. Princeton 1986), ebenso wie die in etwa zur gleichen Zeit entstandenen Arbeiten von Knorr-Cetina (Knorr-Cetina, Karin: *The Manufacture of Knowledge*. Oxford 1981).

<sup>92</sup> Siehe beispielsweise Lock, Margaret / Gordon, Deborah (Hrsg.): *Biomedicine Examined*. Dordrecht / Boston / London 1988; Lock, Margaret / Lindenbaum, Shirley (Hrsg.): *Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley / Los Angeles / London 1993; Mol / Berg: *Differences in Medicine* [wie Anm. 11].

Experten dominiere als wissenschaftliche, biomedizinische Erklärung die Deutung von Krankheit; die alltägliche Wahrnehmung der Patienten von Krankheit als „illness“ werde nicht ernstgenommen, der Patient verstummt. Eng verknüpft mit diesem Ansatz ist das Konzept der Medikalisierung. Allgemein definiert sich Medikalisierung als „a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems“<sup>93</sup>. Zahlreiche sozialwissenschaftliche Arbeiten zu Medikalisierung argumentieren, dass in diesem Prozess der Medizin eine Deutungs- und Handlungsmacht zukommt und damit die Institution Medizin durch Medikalisierung auch soziale Kontrolle ausübe.

Gegen diese tendenziell einseitige Beschreibung von Medikalisierung im Sinne von sozialer Kontrolle argumentieren neuere medizinanthropologische Perspektiven, die vielmehr die komplexen Wechselwirkungen zwischen professionellem biomedizinischen Wissen und Laienwissen der Patienten betonen.<sup>94</sup> Wie der US-amerikanische Medizinsoziologe Peter Conrad betont, kommt es in der Thematisierung von Medikalisierung darauf an, auf welcher Ebene man ansetzt. In seinem Artikel „Medicalization and Social Control“<sup>95</sup> differenziert er die verschiedenen sozialwissenschaftlichen Argumentationen zu Medikalisierung auf drei Ebenen: die konzeptuelle Ebene, die institutionelle und die interaktive Ebene. Die Arzt-Patient-Beziehung verortet er auf der „interaktiven Ebene“: „Medicalization occurs here as part of the doctor-patient interaction, when a physician defines a problem as medical (i. e. gives a medical diagnosis).“<sup>96</sup> Dabei betont er, dass Patienten in diesem Prozess der Medikalisierung durchaus aktiv involviert sein können. Medikalisierung auf der Arzt-Patienten-Ebene sei ein grundlegend interaktiver Prozess und nicht einfach das Resultat eines „medizinischen Imperialismus“<sup>97</sup>. Er schließt mit der Feststellung, dass Studien zu Medikalisierung in der Arzt-Patient-Beziehung gezeigt haben, dass auf dieser Ebene weniger Medikalisierung stattfände als medizinische Konzepte vermuten lassen würden und deshalb die Untersuchung von den konkreten Praxen in der alltäglichen medizinischen Arbeit notwendig ist.

Dieser Forderung nähert sich meine Untersuchung der Beziehung von Arzt und Patient im Diagnosegespräch in einer Gedächtnissprechstunde an. Die Fokussierung auf Praxen ist meines Erachtens ein Weg, um der Dichotomisierung zweier Perspektiven im Sinne von „illness“

---

<sup>93</sup> Conrad, Peter: Medicalization and Social Control. In: Annual Review of Sociology, 18 (1992), S. 209-232, hier S. 209.

<sup>94</sup> In ihrer empirischen Forschung über das öffentliche Verständnis des Zusammenhangs zwischen Genetik und Alzheimer zeigen Lock et al. beispielsweise die durchaus ambivalenten und reflexiven Alltagspraxen von Laien im Umgang mit professionellem, biomedizinischem Wissen, das dem gängigen Model der Genetisierung (als einer spezifischen Form von Medikalisierung) widerspricht; Lock et al.: When it runs in the Family [wie Anm. 26].

<sup>95</sup> Conrad: Medicalization and Social Control [wie Anm. 93].

<sup>96</sup> Ebd. S. 211.

<sup>97</sup> Ebd. S. 219.

und „disease“ zu entgehen. Gerade aufgrund meines begrenzten Zugangs zu den Patienten und ihren Sichtweisen, ist mein Material nicht darauf angelegt diese Dichotomie in der Komplexität vielfältiger Perspektiven auflösen zu können. Dafür wäre es vielmehr notwendig, auf beiden Seiten das Eingebundensein der Akteure und ihres Wissens in weiter gefasste Strukturen zu berücksichtigen. Um einer Festschreibung zweier dichotomer Positionen und zweier Realitäten des Phänomens Alzheimer zu entgehen, konzentriere ich mich auf die vielfältigen Aushandlungsprozesse zwischen den Akteuren in der Gesprächssituation.

### 1.3. *Eine Sache der Aushandlung!*

Meine These ist, dass die Arzt-Patient-Beziehung in der Diagnosepraxis diese Dichotomie von „illness“ und „disease“ grundsätzlich überschreitet. Die Kooperation und Übersetzung zwischen den Akteuren ist Voraussetzung für die Diagnosestellung.

Anhand der folgenden zwei Beispiele werde ich diese Vielseitigkeit der Aushandlungsprozesse verdeutlichen. Zunächst ein Beispiel aus der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde.<sup>98</sup>

Kurz bevor der zweite Termin des Vormittags ansteht, bringt ein Pfleger der Ärztin die Krankenakte und bemerkt nebenbei: „Frau Z. will anschließend von Herrn Prof. X weiterbehandelt werden, hat sie gemeint.“

Ä: Aber das ist doch meine Patientin.

Der Pfleger zuckt mit den Schultern und geht. Die Ärztin blättert in der Krankenakte und murmelt: Barmer... nicht mal privat versichert.

Die Erwartungshaltung der Patientin wird hier schon deutlich, bevor sie zur Ärztin ins Sprechzimmer kommt: Der Oberarzt der Einrichtung soll sie weiterbehandeln. Dabei ist sie, wie die Ärztin mit Blick in die Akte feststellt, „nicht mal privat versichert“ und hat in den Augen der Ärztin eigentlich gar keinen Grund für diese Erwartungshaltung. Das Ehepaar kommt schließlich herein, beide sind etwa Ende 60. Der Mann schiebt seiner Frau den Stuhl zurecht und setzt sich auf den anderen Stuhl daneben. Er spricht so gut wie gar nicht und wenn, dann nur um seine Frau zu bestätigen.

Ä: Was führt Sie heute zu uns, Frau Z.?

Frau: Ich habe das Gefühl, ich werde sehr vergesslich. Ich habe Herrn Professor X vor sehr langer Zeit einmal im Fernsehen gesehen. Da meinte er, wenn man bemerken würde, dass man vergesslich wird, solle man das auf jeden Fall testen lassen. Deswegen sind wir heute hier.

Die Frau spricht auffallend gewählt und langsam, allerdings mit sehr zittriger Stimme.

Ä: Wie lange geht das schon so mit dem Vergesslichwerden?

F: Seit einem halben Jahr.

Ä: Und was vergessen Sie?

F: Namen oder Adressen. Mir ist das vor kurzem wieder aufgefallen. Ich habe jahrelang ein bestimmtes Serum benutzt für meine Haut. Und seit einiger Zeit führt meine Apotheke dieses Serum nicht mehr. Als ich das bestellen wollte, ist mir einfach der Name

---

<sup>98</sup> Feldnotiz vom 7. März 2006.

nicht mehr eingefallen. Ich benutze das schon seit 15 Jahren und habe den Namen einfach vergessen. Das erschreckt mich doch sehr.

Während die Frau erzählt macht sich die Ärztin Notizen in der Krankenakte.

Ä: Wie ist die Stimmung in letzter Zeit?

F: Ich leide seit neuneinhalb Jahren an chronischen Schmerzen. Ich habe Ihnen hier eine Liste mitgebracht mit den Medikamenten, die ich einnehme. Und hier habe ich noch eine Liste mit den Krankenhausaufenthalten seit 1979.

Sie wendet sich an ihren Mann: Haben wir die zuhause im PC gespeichert? Ja, gut dann können Sie die behalten.

Sie redet über die verschiedenen Schmerzen und Krankheiten die sie hat, wo sie wann in Behandlung war, bei welchem Professor (!), beschreibt die einzelnen Therapien.

Die Ärztin unterbricht sie schließlich: Gut, das steht ja alles hier auf der Liste. Wie ist denn der Schlaf?

F: Schlecht. Mein Mann schnarcht. Ich nehme dann ein Schlafmittel, entweder X oder Y, manchmal auch Z, obwohl mir das der Arzt untersagt hat, aber das hilft dann meistens.

Im Gegensatz zu den meisten Patienten antwortet Frau Z nicht in erster Linie mit alltäglichen Beschreibungen ihrer Beschwerden, sondern liefert der Ärztin medizinische Daten und Erklärungen. Als die Ärztin fragt: Wie ist die Stimmung in letzter Zeit? reicht ihr die Patientin als Antwort eine Liste der Medikamente, die sie einnimmt und der Krankenhausaufenthalte seit 1979. Frau Z. nimmt quasi die Seite der Medizin ein und scheint dabei eine explizite Vorstellung von den Aufgaben der Medizin zu haben: Sie erwartet Expertenwissen, am besten von einem Professor. Gleichzeitig erwähnt sie nebenbei, dass sie ein bestimmtes Schlafmittel nehme, das ihr Arzt ihr eigentlich untersagt hatte. Damit wird auch klar, dass sie zwar das Expertenwissen der Medizin erwartet, aber sich auch eine eigene „medizinische“ Autorität zuschreibt.

Die Ärztin stellt noch einige weitere Fragen für den Anamnesebogen, beispielsweise ob die Patientin raucht oder trinkt, welche Schulbildung sie hat und was sie beruflich gemacht hat, und notiert sich die Antworten in der Krankenakte. Dann erklärt sie dem Ehepaar den weiteren Ablauf. In der anschließenden neuropsychologischen Testung nimmt Frau Z. die Aufgaben, die ihr die Ärztin stellt sehr ernst, fragt immer wieder nach, wie genau die Aufgabe gemeint wäre. Des Öfteren kommentiert sie die Aufgaben und ihre eigenen Leistungen; wie erschreckend es doch wäre, wie schwer sie sich tut. So weit ich es einschätzen kann, macht sie die Aufgaben fast alle richtig, schätzt sich jedoch selbst sehr schlecht ein. Die Ärztin ermutigt sie immer wieder, lobt sie und betont wie gut sie doch die Aufgaben lösen würde.

Als Frau Z. die letzte Aufgabe beendet hat, zählt die Ärztin die Punkte zusammen und überträgt die Ergebnisse der Tests in ein Deckblatt in der Krankenakte.

Im Verhalten der Patientin während der Testung wird deutlich, dass sie überzeugt davon ist, schlechte Leistungen zu erbringen. Immer wieder betont sie, wie erschreckend ihre Fehler für sie wären. Man könnte meinen, die Patientin ist schon überzeugt krank zu sein, bevor sie überhaupt diagnostiziert wurde. Die Ärztin bemüht sich dem gegenzusteuern, indem sie die Patientin immer wieder lobt und motiviert, jedoch ohne viel Erfolg. Die Erwartung krank zu sein, überwiegt.

Ä: Wir kommen jetzt zur Auswertung. Dazu ist zu sagen, dass wir ihre Ergebnisse altersgemäß und bildungsbedingt verglichen haben, damit man sieht, ob bestimmte

Veränderungen im Bereich des normalen Älterwerdens liegen oder darüber hinausgehen. Bei Ihnen muss man sagen, dass Sie die Aufgaben sehr gut gelöst haben, teilweise sogar besser als man erwarten würde. Nur bei zwei Aufgaben gab es Auffälligkeiten, da waren Sie etwas schlechter als die Vergleichsgruppe. Das kann natürlich daran liegen, dass Sie aufgeregt waren. Es kann auch der Einfluss der Medikamente sein, die Sie momentan einnehmen oder an der depressiven Episode, in der sie sich befinden. Es kann also gut sein, dass sich die Auffälligkeiten damit erklären lassen. Aber wenn Sie wollen, kann man das noch ausführlicher testen. Diese ausführliche Testung besteht aus drei Teilen. Zum einen aus ähnlichen Tests wie wir sie heute schon gemacht haben, nur etwas ausführlicher. Dann bräuchten wir die Bilder vom Kopf, die könnten Sie uns dann einfach mitbringen. Das dritte wäre eine Liquorpunktion. Dabei entnimmt man Nervenwasser aus dem Rückenmark, weil in dieser Flüssigkeit beispielsweise Alzheimer-typische Enzyme zu finden sind.

Sie erklärt noch etwas ausführlicher, was man genau machen würde und fragt dann Frau Z., wie sie weiter vorgehen möchte.

F: Ich würde diese ausführliche Testung gerne machen, damit ich eine Sicherheit habe.

Ä: Anhand der ausgewerteten Befunde können wir dann sagen, um was es sich bei Ihnen handelt. Gewisse Veränderungen sind ganz normal, wir müssen nur sehen, ob es darüber hinausgeht.

F: Ich möchte diese Folgeuntersuchung auf jeden Fall machen.

Die Äußerung des Soziologen Peter Conrad, dass Patienten in der Arzt-Patient-Interaktion selbst aktiv an der Medikalisierung beteiligt sind, trifft hier ganz offensichtlich zu. Frau Z. hat aufgrund ihrer chronischen Schmerzen zahlreiche Erfahrungen mit der Medizin gemacht, die sie genauestens dokumentiert hat. Die Ärztin hat – wie sie mir im Gespräch nach der Sprechstunde erklärt – die Vermutung, dass Frau Z. zwar durchaus körperliche Schmerzen hat, aber aufgrund einer Depression das subjektive Schmerzempfinden und auch die Gedächtnisstörungen sehr viel höher einschätzt als aus medizinischer Sicht erklärbar. Wie sich besonders in der Testung gezeigt hat, nimmt Frau Z. ihre Gedächtnisstörungen sehr viel stärker wahr als die Ergebnisse nahe legen würden. Die Aussage der Ärztin im Auswertungsgespräch, es handle sich bei ihr unter anderem um eine depressive Episode, wird von Frau Z. mit keinem Wort kommentiert. Viel mehr Wert legt Frau Z. auf weitere Untersuchungen, um – wie sie selbst sagt – eine Sicherheit zu haben. Nun hat sich die Ärztin nicht unbedingt bemüht, der Patientin von weiteren Tests abzuraten. Sie bietet ihr eine ausführliche Testung an, wie es zum einen in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde üblich ist. Zum anderen scheint sie sich auf die Erwartungen der Patientin eingestellt zu haben. Welche Erwartungen Frau Z. hatte, wurde schon deutlich bevor sie ins Sprechzimmer kam: die Aussage des Pflegers, der die Krankenakte brachte und meinte, Frau Z. wolle vom Oberarzt weiterbehandelt werden, war ein erster Hinweis auf die Erwartungshaltung der Patientin. Die Auflistung und ausführliche Beschreibung ihrer Klinikaufenthalte und Behandlungen hatten dies weiter bestätigt. Frau Z. erwartet die bestmögliche medizinische Versorgung, der Arzt, am besten ein Professor, ist der Experte, der dieses Wissen vermitteln kann. Ob eine Diagnose oder eine Behandlung „richtig“ ist, entscheidet jedoch letztendlich sie selbst. Der Hinweis der Ärztin auf eine „depressive



Episode“ oder die Einnahme eines Medikaments, das der Arzt eigentlich untersagt hat, nimmt sie nicht zur Kenntnis. Die Medizin liefert Wissen und technische Ressourcen, letzte Autorität ist die Patientin.

Auch in anderen Diagnosegesprächen hat sich gezeigt, dass die Patienten sehr gut informiert sind, sowohl über die potentiellen Krankheitsbilder als auch über mögliche Diagnosetechniken und oft gerade deshalb in eine universitäre Gedächtnissprechstunde gekommen sind. Hier erwartet man von der Medizin vor allem wissenschaftliche Kompetenz und die Anwendung neuester Technologie. Dass die biomedizinische Deutungsmacht auf Seiten der Experten die soziale Seite von Krankheit ignoriert und dadurch der Patient verstummt, erscheint hier nicht überzeugend. Vielmehr zeigt sich, dass auch Patienten die „disease“-Perspektive einnehmen beziehungsweise fordern können.

Das nächste Beispiel handelt in der neurologischen Gedächtnissprechstunde.<sup>99</sup> Frau M. ist mit ihrem Mann zum Auswertungsgespräch gekommen. Die 72jährige war mit einer leichten Alzheimer-Demenz diagnostiziert worden. Da sich laut Nervenarzt der Zustand in den letzten Monaten verschlechtert hat, wurde erneut eine neuropsychologische Testung in der Klinik durchgeführt, um möglicherweise die Behandlung umzustellen.

A: Wie geht es Ihnen Frau M.?

Frau M.: Im Allgemeinen gut.

A: Bei Ihnen wurde vor kurzem eine neuropsychologische Testung gemacht. Wenn man das mit den Ergebnissen vom letzten Jahr vergleicht kann man sagen, dass das eher stabil geblieben ist. Nun hatte ja der Nervenarzt eine Verschlechterung festgestellt. Wie nehmen Sie das wahr? Wie geht es Ihnen im Alltag? Gibt es beispielsweise Dinge, die Sie vor einem halben Jahr konnten und die Sie jetzt nicht mehr können?

Frau M.: Ich sehe das eher umgekehrt, ich finde es geht sogar besser als vor einem halben Jahr. Auch im Haushalt, da mach ich wieder mehr selbst.

A: Was machen Sie denn genau im Haushalt?

Die Frau erzählt, der Ehemann sitzt gelöst daneben und bestätigt immer wieder die Erzählung seiner Frau.

Der Neurologe informiert die Patientin von den widersprüchlichen medizinischen Ergebnissen: Der Nervenarzt hatte eine Verschlechterung festgestellt, die klinischen Tests sind zu einem anderen Ergebnis gekommen. Dann bittet er sie um ihre Einschätzung und ihre Wahrnehmung im Alltag. Damit gesteht er der Patientin ein Mitspracherecht in der Diagnose zu. Die soziale Seite der Patientin, ihre alltägliche Wahrnehmung wird hier betont und in der Diagnose ernst genommen.

Der Arzt fragt verschiedene Details aus dem Alltag ab, wie es beispielsweise mit dem Schlaf sei? „Gut“, meint die Patientin. „Haben Sie manchmal Alpträume“, hakt der Arzt nach. „Nein, nie.“ Darauf hin meint der Neurologe: „Also ich kann mich nie an meine Träume erinnern. Meine Partnerin, die kann morgens gleich nach dem Aufwachen auf

---

<sup>99</sup> Feldnotiz vom 4. Mai 2006.

das Genaueste erzählen, was sie geträumt hat, ich überhaupt nicht.“ So kommt er mit der Patientin ins Gespräch. Die Patientin wirkt sehr entspannt und lässt sich auf die Fragen anders ein als in der normalen „Frage-Antwort-Situation“. Bei der Frage nach den Träumen handelt es sich um das Erfragen von Nebenwirkungen des Medikaments, das die Frau erhält. Manche Patienten bekommen bei dem Medikament schwere Alpträume. Nachdem sich bei der Patientin anscheinend keine Nebenwirkungen ergeben haben, meint der Arzt schließlich: „Gut, ich würde jetzt gar nichts verändern. Never change a winning team.“

Dann weist er sie noch auf die Notwendigkeit einer notariellen Vollmacht hin und erklärt, was es damit auf sich hat. „Also, ich habe für meine beiden Eltern und für meine Tante so eine Beglaubigung. Nur für den Fall, dass mal was ist, dass man schnell reagieren kann und jemand, dem man vertraut, wichtige Entscheidungen für einen treffen kann. Nur so als Anregung an Sie, überlegen Sie sich das einfach mal.“

Nachdem der Arzt einen Wiederholungstermin in 6 Monaten mit dem Ehepaar ausgemacht hat und ihnen ein neues Rezept aufgeschrieben hat, begleitet er das Ehepaar zur Tür.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patientin stellt sich hier nicht als strukturiertes Gespräch mit klar definierten Frage- und Antwortkategorien dar, sondern wirkt eher wie ein alltäglicher Austausch. Die soziale Seite, die Alltagswahrnehmungen und möglichen Schwierigkeiten werden hervorgehoben. Die Position der Patientin in der Einschätzung ihres Zustands wird bestärkt. Indem der Arzt auch von sich erzählt und seine eigene soziale Welt mit ins Gespräch einbringt, baut er das „Autoritätsgefälle“ zwischen Experten und Laien ab. Dadurch entsteht ein Gespräch auf Augenhöhe, die Patientin und ihr Ehemann werden als Gegenüber ernstgenommen und wirken insgesamt entspannt. Dass der Neurologe dabei seine Rolle als Arzt keineswegs vernachlässigt, zeigt sich in der Frage nach den Alpträumen: Hinter diesem scheinbar alltäglichen Thema steckt das Abfragen möglicher Nebenwirkungen. Gleichzeitig bringt der Neurologe Themen ins Gespräch ein, die mit einer medizinischen Versorgung nichts zu tun haben, wie beispielsweise die Erwähnung einer notariellen Vollmacht. Insgesamt zeigt sich an diesem Beispiel, dass die Art der Kommunikation ein wichtiges Mittel ist, um zwischen Arzt und Patient ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Diese Art des Austausches ist für die neurologische Sprechstunde, wie ich sie erlebt habe, durchaus typisch. Zwar war der Gesprächsablauf bei Erstdiagnosen strukturierter, aber grundsätzlich war der Verlauf des Diagnosegesprächs eher offen und geprägt von (scheinbar) alltäglichen Themen.

Die letzten beiden Beispiele verdeutlichen, dass man die Arzt-Patienten-Beziehung nicht generell auf zwei unterschiedliche Perspektiven – als „illness“ auf der Patientenseite und als „disease“ auf der Medizinerseite – reduzieren kann. Beide Seiten können durchaus variable Perspektiven einnehmen. Das letzte Beispiel legt dar, dass durch eine bestimmte Form der Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung der Patient nicht zum Verstummen, sondern im Gegenteil zum Reden gebracht werden kann. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Ge-

sprachssituationen, die ich beobachten konnte, hat sich gezeigt, dass die Form der Kommunikation auf den Patienten ausgerichtet wurde. Bei Frau C., die der Diagnose Depression skeptisch gegenüberstand, wechselte die Ärztin zwischen der Betonung der wissenschaftlichen Erklärung und dem Ernstnehmen der Sichtweise der Patientin. In diesem Sinne bedeutet Übersetzung nicht einfach, dass der Arzt die gegebenen Informationen in medizinische Kategorien übersetzt, sondern ebenso, dass er sein Anliegen, das Erfragen von Symptomen, für die Sicht des Patienten übersetzen muss. Und auch die Diagnose muss, wie im Fall von Frau C., manchmal erst übersetzt werden („Depressionen können auch rein körperlich sein“). Übersetzung bedeutet in diesem Sinne eine gemeinsame Sprache zu finden, um die Probleme für beide Seiten angemessen besprechen zu können.

Die „richtige“ Kommunikation ist ein maßgebliches Kriterium für ein funktionierendes Vertrauensverhältnis. Ich habe allerdings Konfliktsituationen erlebt, in der Patienten oder Angehörige so grundsätzlich an der Aussage des Arztes oder der Ärztin gezweifelt haben, dass die Kommunikation von vornherein zum Scheitern verurteilt schien. Das Vertrauensverhältnis ist gleichwohl geprägt von einem Aushandeln von Autorität: Sowohl von der Autorität des Mediziners als Experten, aber ebenso durch das Ernstnehmen der Autorität der alltäglichen Wahrnehmungen des Patienten.

Wie sich in den fünf Beispielen gezeigt hat, haben die jeweiligen Erwartungen an die Diagnostikstellung einen entscheidenden Einfluss auf die Akzeptanz der Diagnose. Mit Erwartung meine ich dabei zwei verschiedene Elemente: die Erwartungen an die Rolle der Medizin und die Erwartung an das mögliche Krankheitsbild. Zuerst einmal zu den Erwartungen an die Medizin: Die Patienten kommen in die universitäre Gedächtnissprechstunde meist aufgrund einer Überweisung des niedergelassenen Arztes, der sie zur weiteren Absicherung an den Fachkollegen verweist. Man geht zum „Spezialisten“, von dem man bestimmte fachliche Kompetenzen erwartet, aber auch, dass er über neuere Technologien und bessere Ressourcen verfügt. Wie die Ärztin in der Gerontopsychiatrie mir gegenüber betonte, kämen viele Patienten in die Gedächtnissprechstunde gerade weil es sich um eine Einrichtung der Universitätsklinik handle. Sie sieht ihre Rolle darin, den Patienten mögliche Diagnosetechniken anzubieten (Was möchten Sie gerne machen?), selbst wenn die ersten Tests nur bedingte Auffälligkeiten ergeben haben. Die meisten würden vor allem auf Tests wie die verschiedenen Laboruntersuchungen vertrauen, die objektiver, wissenschaftlicher erscheinen.

Die Erwartungen an die Medizin beziehungsweise an die Rolle des Arztes sind aber durchaus vielfältiger. So wurde von den Patienten meist viel Zeit für das detaillierte Besprechen der alltäglichen Sorgen eingefordert. Beide Ärzte hatten den expliziten Anspruch geduldig mit

ihrer Klientel umzugehen und ihnen Raum für ihre Fragen und Sorgen zu geben. Doch auch wenn beide Ärzte sich jeweils neu auf den individuellen Patienten einstellen, verfolgten beide unterschiedliche Strategien in ihrer Arbeit mit den Patienten.

In der neurologischen Gedächtnissprechstunde wirkte der Arzt teilweise mehr wie ein Seelsorger oder Sozialarbeiter, wobei sich zeigte, dass sich hinter alltäglichen Themen auf den zweiten Blick doch medizinische Themen verbargen. Durch den scheinbar alltäglichen Austausch auf Augenhöhe, haben die Patienten nicht das Gefühl, sich in einer Testsituation zu befinden und unter Leistungsdruck zu stehen. Der Neurologe vertraute in erster Linie seiner eigenen klinischen Erfahrung. So wurde der Routineablauf zwischendurch auch verlassen, um anhand der Patienten-Narrative eine bessere Einschätzung der Symptome zu erhalten. Oftmals gab es im Ablauf keine klare Unterscheidung zwischen Anamnese und Untersuchung. Zwar wurde bei einer Erstdiagnose der Ablauf strikter eingehalten als bei Wiederholungsterminen, doch auch hier gab es keine strikte Trennung zwischen dem Anamnesegespräch und der Testung des Erinnerungsvermögens der Patienten. Bei einer Erstdiagnose stellte der Neurologe im Rahmen des Anamnesegesprächs beispielsweise die Frage, wie denn die Kinder der Patientin hießen. Das Abfragen der Familiengeschichte in Bezug auf möglicherweise erblich bedingte Krankheitsanlagen ist eine Kategorie der Anamnese, die Frage nach den Namen der Kinder hat hierfür keine Bedeutung, kann aber einen Hinweis darauf geben, wie weit die Gedächtnisstörungen fortgeschritten sind. Auffallend war zudem, dass der Neurologe im Anamnesegespräch immer den Patienten angesprochen hat, selbst wenn klar wurde, dass dieser nicht in der Lage oder nicht willens war, die eigene Krankheit zu thematisieren.

Die Psychiaterin betonte ebenfalls, dass sie sich in ihrer Arbeit immer wieder neu auf den jeweiligen Patienten einstellen würde, „da man nie weiß, was sich hinter einem Patienten verbirgt“. Um ihre Arbeit dennoch möglichst effizient durchführen zu können, legte sie den Schwerpunkt insgesamt auf die größtmögliche Routine und Standardisierung des Ablaufs. Verließ ein Patient den Anamnese Pfad wurde er von ihr wieder zurückgeholt: „dazu kommen wir später“. Wie sie mir erklärte, sei der genaue Inhalt und die Art und Weise, was die Patienten vergessen, für das Anamnesegespräch nicht wirklich von Belang, dazu würde man die neuropsychologische Testung durchführen. Im Anamnesegespräch forderte sie deshalb die Angehörigen von vornherein dazu auf, sich in das Gespräch einzubringen, um die benötigten Antworten zu bekommen. Wobei das nicht bedeuten soll, dass die Psychiaterin nicht ebenso wie der Neurologe das Verhalten und die Erzählungen der Patienten für die Diagnose mitberücksichtigte.

In der Neurologie war die Erfahrung des Arztes ein zentrales Validitätsmerkmal der Diagnostik, während in der gerontopsychiatrischen Sprechstunde die Kriterien für die Validität der Praxen auf der größtmöglichen Standardisierung und Routine basierten. Auf die möglichen Gründe für diese unterschiedlichen Strategien werde ich im Kapitel *Diagnosepfade* eingehen, wenn ich herausarbeite, wie die jeweiligen Diagnosepraxen begründet werden.

Die von mir ausgewählten Beispiele haben gezeigt, dass die Erwartung an eine bestimmte Diagnose die Akzeptanzbereitschaft der Patienten mitbestimmt. Die kurze Gegenüberstellung mit der Akzeptanz der Diagnose Depression in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde verdeutlicht, dass die Patienten oftmals ein bestimmtes Krankheitsbild erwarten. Dass Depressionen ebenso Ursache von Gedächtnisstörungen sein können wie Demenzen, ist wenig bekannt. Depressionen werden in erster Linie als eine psychische Störung verstanden, die als stigmatisierend empfunden wird, da sie den Eindruck vermittelt, man sei selbst für die Probleme verantwortlich. Die Darstellung von Alzheimer-Demenz in den Medien definiert diese als pathologische Hirnerkrankung, als körperliche Krankheit, die den Einzelnen als Schicksal trifft.

Mit der Beschreibung der verschiedenen Elemente, die für ein funktionierendes Vertrauensverhältnis und damit für die Akzeptanz der Diagnose eine Rolle spielen, wollte ich deutlich machen, dass der Patient in der Aushandlung und Stabilisierung der Diagnose Alzheimer-Demenz aktiv beteiligt ist. Die Arzt-Patient-Beziehung ist dabei nicht beschränkt auf die beiden Perspektiven „illness“ auf Seiten des Patienten und „disease“ auf der Arztseite, sondern wird in der Interaktion durchaus variabel gehandhabt. Es geht vielmehr darum, die soziale Seite von Krankheit im Diagnosegespräch mit der medizinischen Seite in Übereinstimmung zu bringen. Diese soziale Seite von Alzheimer-Demenz betrifft zwar die alltägliche Wahrnehmung des Patienten oder der Angehörigen, kann aber ebenfalls vom Arzt betont oder eingenommen werden.

Wie ich meiner Auseinandersetzung mit der Möglichkeit einer sicheren Diagnose von Alzheimer-Demenz im vorherigen Kapitel dargelegt habe, ist klinisch eine sichere Diagnose eigentlich nicht möglich. Dennoch wird in der klinischen Praxis diese Diagnose routinemäßig gestellt, wenn in den Augen der Ärzte die Symptome und der Verlauf eindeutig genug sind. Eine „klinisch sichere Alzheimer-Demenz“ entsteht, wenn in der Diagnosestellung die „soziale Alzheimer-Demenz“ und die „medizinische Alzheimer-Demenz“ in Übereinstimmung gebracht werden. Das mag der Unterscheidung zwischen „illness“ und „disease“ sehr ähnlich klingen, betont aber vor allem die Kooperation die notwendig ist, um die verschiedenen Anliegen und Erwartungen zusammen zu bringen. Wenn die Übersetzung und Kooperation nicht

funktioniert, ist eine klinisch sichere Diagnose nicht möglich. Gerade da man Alzheimer-Demenz nicht beweisen kann, wie der Neurologe betonte, ist die Kooperation von Arzt, Patient und Angehörigen Voraussetzung dafür, dass man eine Diagnose Alzheimer-Demenz in der klinischen Praxis als gesichert ansehen kann.

## 2. Selektionen

Die Differentialdiagnose einer Alzheimer-Demenz basiert sowohl auf der Auswahl relevanter Symptome als auch von Diagnosetechniken. Mögliche alternative Krankheitsursachen müssen ausgeschlossen werden und die Ergebnisse der Diagnostik addiert und kombiniert werden, um zu einer Diagnose zu kommen. Wie die Auseinandersetzung mit der Arzt-Patient-Interaktion in der Erstellung einer Diagnose im letzten Kapitel gezeigt hat, können die beteiligten Ärzte im Umgang mit den Patienten und Angehörigen unterschiedliche Strategien verfolgen, um zu einer klinischen Schlussfolgerung zu kommen. Wie sieht es bei der Auswahl möglicher Diagnosekriterien und Diagnosetechniken aus? Lassen sich hier in Psychiatrie und Neurologie unterschiedliche Strategien beobachten? Nach welchen Kriterien von Validität wählen Ärzte dabei aus? Mit diesen Fragen werde ich im Folgenden die jeweils angewandten Selektionsmechanismen der beiden Mediziner im Diagnoseprozess genauer untersuchen und beschreiben. Auf drei Aspekte von Auswahlmechanismen konzentriere ich mich dabei:<sup>100</sup> Erstens, die Art und Weise wie medizinisches Fachwissen und die Besonderheiten des Einzelfalls verknüpft werden. Welche Wissensquellen werden für die Diagnoseerstellung als privilegiert angesehen: statistische Wahrscheinlichkeiten über die Sicherheit bestimmter Diagnosetechniken, die sich aus wissenschaftlichen Forschungen ergeben haben, oder die klinische Expertise und Erfahrung des Arztes in der Erstellung einer Diagnose? Zweitens, welche diagnostischen Kategorien werden jeweils als relevant für die Diagnose angesehen. Gibt es Unterschiede zwischen den Diagnosekategorien einer Alzheimer-Demenz in den beiden Gedächtnissprechstunden? Und drittens, welche technischen Ressourcen werden herangezogen und als valide eingeschätzt. Das Thema Sicherheit bildet hier ebenso wie im letzten Kapitel eine Reflektionsebene, um herauszuarbeiten, wie in diesen Selektions-Praxen die Diagnose etabliert und stabilisiert wird.

Im ersten Teil – *Diagnosepfade* – komme ich erst einmal zurück zu den Strategien der Ärzte im Umgang mit Patienten. Wie ich im letzten Kapitel gezeigt habe, ist die Arzt-Patient-Beziehung eine flexible Konstellation. Doch trotz der Variabilität in den Interaktionen und Rol-

---

<sup>100</sup> Es gibt noch weitere Selektionen wie beispielsweise die Auswahl aus Fachliteratur und Forschungsergebnissen oder im Rahmen von Teambesprechungen, die ich aber anhand meines Materials nicht beschreiben konnte.



lenverteilungen gibt es einen Rahmen, in dem diese Flexibilität stattfindet. Die jeweiligen Einrahmungen klinischer Diagnosepraxen werde ich im Vergleich der beiden Gedächtnisprechstunden herausarbeiten.

## 2.1. Diagnosepfade

*Diagnosis is such an established part of medical practice that few physicians consider whether there is general agreement about what is meant by the term diagnosis; whether diagnosis is an art, a science, or both;<sup>101</sup>*

Die Unterscheidung zwischen „Kunst“ und „Wissenschaft“ in der Medizin verwies ursprünglich auf zwei verschiedene Orte medizinischen Arbeitens: Kunst im Sinne von Heilkunst fand in der Klinik statt, Medizin als Wissenschaft wurde im Labor praktiziert.<sup>102</sup> Die zunehmende Standardisierung und Kontrolle medizinischer Praxen<sup>103</sup> hat unter anderem zur Folge, dass naturwissenschaftliche Qualitätskriterien auch für die klinische Diagnostik gefordert werden. Diese Tendenz verweist auf die Vorstellung medizinischen Handelns als wissenschaftlich begründet. Dabei wird der Prozess der Diagnose in erster Linie als kognitiver, rationaler Prozess des Beschreibens von Fakten verstanden: Die Diagnose wird zur Wissenschaft. Der Schwerpunkt liegt auf der Vergleichbarkeit der in der Diagnose angewandten Techniken und erhobenen Daten anhand festgelegter Standards.

Demgegenüber steht die Bezeichnung „Diagnose als Kunst“ für die Vorstellung, dass der einzelne Mediziner autonom und aufgrund seiner klinischen Erfahrung Entscheidungen trifft, um den jeweiligen Patienten zu heilen oder zumindest zu behandeln. Das Erstellen einer Diagnose wird als individualisierter Vorgang verstanden, dessen Validitätskriterium das spezifische klinische Wissen und die Erfahrung des praktizierenden Arztes ist.<sup>104</sup>

---

<sup>101</sup> Engle, R. J. / Davis, B. J.: Medical Diagnosis: Past, Present and Future – Present Concepts of the Meaning and Limitations of Medical Diagnosis. In: Archs. Intern. Med. 112 (1963), S. 512; zitiert nach Blaxter: Diagnosis as Category and Process [wie Anm. 54], S. 9.

<sup>102</sup> Löwy, Ilana: Trustworthy Knowledge and Desperate Patients: Clinical Tests for New Drugs from Cancer to AIDS. In: Lock / Young / Cambrosio (Hrsg.): Living and Working with the New Medical Technologies [wie Anm. 11], S. 49-81, hier S. 49ff..

<sup>103</sup> Die Gründe für die zunehmende Standardisierung klinischer Praxen sind komplex und hängen sowohl mit wissenschaftlichen wie auch gesellschaftlichen Transformationen zusammen. Ein Grund ist die zunehmende Globalisierung medizinischen Wissens: Um medizinisches Wissen, dass an verschiedenen Orten, Ländern, Institutionen und von verschiedenen Akteuren produziert wird, zugänglich zu machen, müssen medizinischen Daten vergleichbar sein, eine „gemeinsame Sprache“ sprechen. Weitere Gründen sind beispielsweise die zunehmende Bürokratisierung und Verrrechtlichung medizinischer Praxen. Zum historischen Kontext der Standardisierung in der Medizin vergleiche Timmermanns, Stefan / Berg, Marc: Introduction: The Politics of Standardization. In: Dies. (Hrsg.): The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia 2003, S. 1-29, insbesondere S. 8ff..

<sup>104</sup> Zu einer ausführlicheren Darstellung dieser beiden Konzepte medizinischer Praxen siehe unter anderem: Gordon, Deborah: Clinical Science and Clinical Expertise: Changing Boundaries between Art and Science in Medicine. In: Lock, Margaret / Gordon, Deborah (Hrsg.): Biomedicine Examined [wie Anm. 92], S. 257-295.

Neue Forschungsergebnisse und Technologien in der Medizin führen vor allem dazu, dass medizinische Wissenspraxen komplexer und in ihrem möglichen Entscheidungsweg ambivalenter geworden sind. So sind beispielsweise für die Behandlung einer Alzheimer-Demenz derzeit fünf verschiedene Anti-Dementiva auf dem Markt. Es obliegt dem behandelnden Arzt, das für den Einzelfall effektivste Medikament auszuwählen. Ähnlich ist es bei den Diagnostiktechniken. Dem Arzt stehen verschiedene bildgebende Verfahren zur Verfügung wie zum Beispiel die Computertomografie und die Magnetresonanztomografie.<sup>105</sup> Zu jeder Möglichkeit, sei es medikamentöser Behandlung oder der Anwendung bestimmter Techniken, gibt es zahlreiche wissenschaftliche Studien, welche die Wirksamkeit oder Effizienz be- oder widerlegen.<sup>106</sup> Nachgewiesen wird dies mit statistischen Berechnungen von Wahrscheinlichkeiten, wonach ein bestimmtes Medikament bei einer bestimmten Patientengruppe mit spezifischen Merkmalen (Alter, Krankheitsstadium etc.) wirksam sein könnte oder eine Diagnosetechnik statistisch gesehen eine größere Sicherheit in der Diagnostik ergeben würde.

Die US-amerikanische Medizinanthropologin Deborah Gordon stellt fest, dass die zunehmende Ambivalenz in medizinischen Entscheidungsprozessen aufgrund neuer Forschungen und technologischer Möglichkeiten nicht in mehr klinischer Sicherheit resultiere, sondern im Gegenteil: Vielmehr rücken „Unsicherheit“ und „Risiko“ in den Mittelpunkt medizinischer Entscheidungsprozesse.<sup>107</sup> Damit verbunden sei ein Paradigmenwechsel in der Medizin von kausalen zu probabilistischen Erklärungsmodellen. Symptome und dahinterliegende Krankheiten werden nicht mehr in kausaler Verbindung zueinander verstanden, sondern als wahrscheinliche Korrelationen. Die Entwicklung einer „science of the art of medicine“<sup>108</sup> sei der Versuch, klinischen Unsicherheiten mit verstärkter Standardisierung und Qualitätskontrolle zu begegnen.<sup>109</sup>

Bei den beiden Vorstellungen der Diagnoseerstellung – Diagnose als Kunst und Diagnose als Wissenschaft – handelt es sich um verschiedene Konzepte medizinischer Entscheidungsprozesse im Umgang mit klinischen Unsicherheiten, die verknüpft sind mit unterschiedlichen Quellen medizinischen Wissens. Womit wird ein bestimmter Diagnosepfad begründet? Liegt

<sup>105</sup> Die Computertomografie (CT) ist die rechnergestützte Auswertung einer Vielzahl aus verschiedenen Richtungen aufgenommener Röntgenaufnahmen, um ein dreidimensionales Bild zu erzeugen. Die Magnetresonanztomografie (MRT), auch als Kernspintomografie bezeichnet, nutzt magnetische Felder. Die Hauptvorteile dieses Verfahrens gegenüber der CT sind die Freiheit von Röntgenstrahlung und die Möglichkeit, Organveränderungen differenzierter abzubilden. Die MRT ist allerdings viel teurer, zeitaufwendiger und empfindlicher für Störungen.

<sup>106</sup> Beispiele für Studien zu Anti-Dementiva siehe Anm. 23.

<sup>107</sup> Gordon: *Clinical Science and Clinical Expertise* [wie Anm. 104], hier insbesondere S. 261-262.

<sup>108</sup> Ebd., S. 261. Ein derzeit viel diskutiertes Konzept dieser „Verwissenschaftlichung der Heilkunst“ ist die so genannte Evidenz-basierte Medizin. Vgl. hierzu Timmermanns / Berg: *The Gold Standard* [wie Anm. 103].

<sup>109</sup> Gordon betont, dass weitere Gründe zur verstärkten Standardisierung klinischer Praxen geführt haben, wie beispielsweise neue Kostenregulierungen im Gesundheitswesen oder die Forderung nach mehr Transparenz auf Seiten von Patientenlobbygruppen.

der Schwerpunkt auf der klinischen Erfahrung des jeweiligen Arztes? Oder ist wissenschaftliche Evidenz (auf Grundlage statistischer Wahrscheinlichkeiten) die Wissensbasis und gleichzeitig Legitimationsgrundlage für Entscheidungen im Diagnoseprozess? Diesen unterschiedlichen Wissensquellen liegen spezifische Kriterien der Validität zu Grunde, anhand derer die jeweiligen Selektionsmechanismen, die den Diagnosepfad lenken, begründet werden.

Diese Selektionsmechanismen deuteten sich in den beschriebenen Arzt-Patient-Interaktionen schon an: Wie viel Raum wird dem einzelnen Patienten für seine Beschreibungen gegeben, wie stark wird an Routineabläufen festgehalten, um nur zwei Aspekte aufzugreifen. Die beiden Mediziner praktizieren unterschiedliche Strategien im Umgang mit den Patienten und Angehörigen, um zu einer gesicherten, akzeptierten Diagnose zu kommen. Während in der Psychiatrie der Schwerpunkt stärker auf dem standardisierten Ablauf und der Vergleichbarkeit der Daten liegt, betont der Neurologe die persönliche klinische Erfahrung im Umgang mit den Patienten und in der Diagnosestellung.

Bevor ich diese Selektionsmechanismen an zwei Diagnosesituationen herausarbeite, werde ich zuerst anhand von Auszügen aus Gesprächen mit den beiden Ärzten deren jeweilige Einschätzung darlegen. In einem Gespräch über ihre Erfahrungen mit Patienten und die Bedeutung, die ihre Tätigkeit für sie hat, beschreibt die Psychiaterin ihre Arbeit „in erster Linie als kreativ“:<sup>110</sup>

Der Umgang mit unterschiedlichen Menschen und das Feststellen von unterschiedlichen Diagnosen, empfindet die Ärztin als freie und kreative Arbeit. Gerade die Differentialdiagnose macht es in ihren Augen spannend. Man wisse nie genau, was sich hinter den Patienten verbirgt, wenn sie herein kommen. Und dann müsse man aus den Erzählungen herausfiltern, was eigentlich Sache ist. Oftmals dauert es eine Weile, bis man an den Kern der Sache kommt.

Die Diagnose stellt sich hier als Suchbewegung dar: Die Ärztin muss sich jeweils neu auf einen Patienten einlassen und im Gespräch die notwendigen Informationen herausfiltern. Diesen Prozess des Herausfilterns, des Auswählens der relevanten Symptome, beschreibt die Ärztin als kreative Arbeit. Die Beschreibung der Diagnostik als individuellen Vorgang, in dem die Ärztin frei und kreativ eine Diagnose erstellt, verweist auf ein Verständnis von Diagnose als Kunst. Aber diese Freiheit hat in den Augen der Psychiaterin klare Grenzen, wie im weiteren Gespräch deutlich wird:

Sehr wichtig ist ihr ein geduldiger Umgang mit älteren Menschen. Nur manchmal wäre es eben anstrengend, weil man für die Krankenakte und die Tests gezielt bestimmte Antworten bräuchte, da helfe es nichts, wenn die Patienten abschweifen. Und dann meint sie noch, auch sie hätte schließlich mal einen schlechten Tag und dann wäre sie viel ungeduldiger. Das merke sie dann selbst, aber sie wäre ja auch nur ein Mensch. Und auch bei den Patienten wisse man nicht, wie die Tagesverfassung gerade sei. Deswegen wäre eine genaue und

---

<sup>110</sup> Feldnotiz vom 8. März 2006.

immer gleiche Abfolge der Tests so wichtig, um möglichst gleiche Bewertungsmaßstäbe zu erreichen.

Um mit den Unwägbarkeiten des Einzelfalls und den damit verbundenen Unsicherheiten umgehen zu können, wird hier der standardisierte Ablauf in der Diagnostik betont. Wie die Ärztin mir im weiteren Verlauf des Gesprächs erklärt, wären ihr am liebsten Patienten, die klar und einfach auf die jeweiligen Fragen antworten würden. Da jedoch in der Praxis die Patienten oftmals abschweifen, teilweise andere Vorstellungen von relevanten Informationen haben und je nach Tagesverfassung in der Testung unterschiedliche Ergebnisse erzielen können, ist die Standardisierung des Ablaufs für die Kontrollierbarkeit der Bewertungsmaßstäbe notwendig, um die sozialen Abweichungen in den Griff bekommen. Dann erwähnt sie noch, dass man mit der Zeit ein Gespür dafür bekomme, was möglicherweise das Problem sei. Ein Hinweis sei beispielsweise, ob die Patienten alleine oder mit Angehörigen in die Gedächtnissprechstunde kommen. Alzheimer-Patienten werden in der Regel von ihren Angehörigen begleitet, Menschen mit Depressionen kommen hingegen oft ohne Begleitung. Auch die Körperhaltung der Patienten, ihr Auftreten und Verhalten während der Diagnose geben der Ärztin weitere Anhaltspunkte über den Zustand des Patienten und das mögliche Krankheitsbild. Tatsächlich hatte die Ärztin mir gegenüber des Öfteren Äußerungen gemacht wie: „Schon als die reinkam war mir klar, die hat Depressionen.“ Der Diagnosepfad wird somit einerseits von einem Gespür, einem ersten Eindruck von den Patienten geprägt. Um jedoch eine valide Diagnose erzielen zu können, wäre andererseits eine „immer gleiche Abfolge der Tests“ notwendig, um im Rahmen genereller Maßstäbe den individuellen Fall bewerten zu können.

Für die Einschätzung des Neurologen greife ich auf einen Gesprächsauszug zurück, den ich schon in der Thematisierung der Sicherheit der Diagnose Alzheimer-Demenz aus Sicht der Mediziner herangezogen habe.<sup>111</sup>

Na ja, aber wer würde denn heute noch behaupten die Medizin sei eine objektive Wissenschaft! Natürlich, in den Lehrbüchern wird beispielsweise ein Idealfall einer Alzheimer-Demenz dargestellt und das entsprechende Diagnoseverfahren, aber natürlich trifft man in der Gedächtnissprechstunde selten solche Idealfälle, wo alles klar ist. Oft hat das auch mit einem Gefühl zu tun, man kann das schwer erklären. Anfangs hat man einen Verdacht, eine Vermutung, das ist Alzheimer, einfach anhand der ersten Anzeichen. Aber anhand unserer Testmethoden und der Diagnosekriterien, können wir schon eine objektive Diagnose machen.

Auch hier wird deutlich, dass sich der Arzt in der Praxis im Gegensatz zum Idealfall in der Fachliteratur jeweils neu auf unterschiedliche Fälle einlassen muss. Ausgangspunkt für die Diagnose sei oftmals ein Gefühl, anhand der ersten Anzeichen entwickle sich ein Verdacht, dem man im Diagnosepfad folgt. Objektiviert wird dieses Gefühl durch die Testmethoden und Diagnosekriterien, die im weiteren Verlauf der Diagnostik herangezogen werden. Hier deutet

---

<sup>111</sup> Gesprächsnotiz vom 4. Mai 2006.

sich wie schon bei den Aussagen der Psychiaterin an, dass in der Selbsteinschätzung der beiden Ärzte nicht nur Wissenschaft oder nur Erfahrung als ausschlaggebend für die Diagnose verstanden werden. Beide Ärzte thematisieren vielmehr, dass in der Praxis die Diagnosestellung komplex sei und der Arzt sich jeweils neu auf eine Situation einstellen müsse.

Anhand der folgenden zwei Beispiele werde ich herausarbeiten, dass es einen gewissen Spielraum dafür gibt, was es in der Praxis bedeutet, einem Gefühl zu folgen oder objektive Kriterien heranzuziehen.

Zuerst ein Beispiel aus der Gerontopsychiatrie. Herr F. ist besorgt über seine zunehmende Vergesslichkeit, er will in der Gedächtnissprechstunde nun erfahren ob das altersbedingt sei oder wirklich Anlass zur Sorge gebe. Er ist alleine gekommen und wirkt sehr rüstig. Der erste Verdacht: Depression. Wie sich im Gespräch zeigt, erzählt er gerne und ausführlich seine Lebensgeschichte. Nachdem die Ärztin die ersten Kategorien (Symptome und Verlauf) abgefragt hat, kommt sie ausführlicher auf seine psychische Verfassung zu sprechen.<sup>112</sup>

Ä: Wie ist der Antrieb?

Herr F.: Ganz normal.

Ä: Wie ist es mit dem Schlaf?

Herr F.: Schlecht. Vor dem Einschlafen kommen immer die ganzen Sorgen.

Ä: Wie ist es mit dem Appetit?

Herr F.: Gut.

Ä: Gibt es Gefühle, sich das Leben nehmen zu wollen, sich was anzutun?

Herr F.: Manchmal, aber nicht richtig ernsthaft. Aber ich hab auch noch Durchblutungsstörungen. Da nehme ich Medikamente, Medikament X und Y.

Ä: Dazu kommen wir später. Waren Sie schon mal in psychiatrischer Behandlung?

Herr F.: Nein, nie.

Die Frage „Gibt es Gefühle, sich das Leben nehmen zu wollen?“ war während meiner Feldforschungsphase in der Gerontopsychiatrie keineswegs eine Standardfrage, sondern wurde dann angesprochen, wenn sich ein Verdacht auf Depression ergeben hatte. Herr F. hatte in der Beschreibung des Verlaufs seiner zunehmenden Vergesslichkeit sehr klare zeitliche Angaben über die letzten Jahre machen können, was im Falle einer Demenz eher ungewöhnlich wäre. In Verbindung mit der Tatsache, dass er alleine in die Sprechstunde gekommen ist, verstärkt sich der Verdacht der Ärztin in Richtung Depression. Dass der Patient von gelegentlichen Suizidgedanken zu Durchblutungsstörungen wechselt, passt nicht in den Diagnosepfad der Ärztin: „Dazu kommen wir später“, sie bleibt auf dem Pfad „Depression“: „Waren Sie schon mal in psychiatrischer Behandlung?“.

Kommen wir zurück zum Anamnesegespräch:

Ä: Welchen Beruf hatten Sie?

P: Ich war Lehrer, für Behinderte. Ich komme eigentlich aus Westberlin und ich war 40 Jahre verheiratet. Bis dann meine Frau starb. Jetzt bin ich seit 11 Jahren wieder

---

<sup>112</sup> Feldnotiz vom 8. März 2006.

verheiratet. Und lebe mittlerweile in Ostberlin. Ich habe auch angefangen als Schriftsteller zu arbeiten. So nebenher.

Ärztin unterbricht ihn und fragt nach seiner Schulbildung.

Am Ende des Anamnesegesprächs erklärt sie ihm die weitere Vorgehensweise.

Ä: So, Herr G., was haben wir heute vor? Ich zeig Ihnen das mal (sie zeigt ihm den ersten Testbogen und erklärt ihm, was er dabei machen soll). Wichtig ist, dass das auf Zeit geht!

Wir können nicht unterbrechen, nichts anderes machen. Sie müssen konzentriert dabei bleiben. Gut? Dann fangen wir an.

Wie die Ärztin in dem oben zitierten Gespräch erklärte, ist ihr ein geduldiger Umgang mit älteren Menschen wichtig, „nur manchmal wäre es eben anstrengend, weil man für die Krankenakte und die Tests gezielt bestimmte Antworten braucht, da hilft es nichts wenn die Patienten abschweifen.“ Das Diagnosegespräch mit Herrn F. verdeutlicht dies: Mehrmals holt Herr F. in seinen Erklärungen weit aus, erzählt weitaus mehr als für die Beantwortung der Fragen notwendig wäre, wie beispielsweise auf die Frage nach seinem Beruf. Die Ärztin holt ihn auf den Pfad zurück und betont, bevor sie mit der neuropsychologischen Testung anfängt, es ginge auf Zeit. Würde der Patient in der Testung ähnlich wie im Gespräch vom vorgesehenen Ablauf abweichen, würden sich die klar definierten Bewertungsmaßstäbe der neuropsychologischen Testung verschieben.<sup>113</sup>

In der neurologischen Gedächtnissprechstunde war der Neurologe weniger auf den immer gleichen Ablauf im Anamnesegespräch fixiert. Das folgende Beispiel aus der Neurologie verdeutlicht unter anderem, wie unterschiedlich viel Zeit in den beiden Gedächtnissprechstunden den Patienten eingeräumt wird.<sup>114</sup>

Die nächste Patientin (70 Jahre) wurde mit einer Demenz vom Mischtyp diagnostiziert, erklärt mir der Arzt, bevor er Frau M., die in Begleitung ihres Ehemannes kommt, aus dem Wartezimmer abholt. Ein Wiederholungstermin steht an.

A: So, Frau M., dann setzen Sie sich doch bitte. Heute ist es ja mal ausnahmsweise mal richtiges Sonnenwetter. Jetzt wird es doch allmählich Sommer. Wie warm ist es denn draußen?

Er unterhält sich mit der Patientin über das Wetter.

„Wie warm ist es denn heute?“ Mit dieser Frage versucht der Neurologe einen Eindruck zu gewinnen, wie es um die Schätzfähigkeit der Patientin bestellt ist. Patienten mit Alzheimer-Demenz machen bei Schätzaufgaben haltlose Angaben. Wie ich schon am Beispiel des Gesprächs des Neurologen mit einer Patienten über Alpträume gezeigt habe, verbirgt sich hinter dem scheinbar alltäglichen Gespräch durchaus ein Diagnose-Gespräch. Allerdings beginnt der Neurologe das Diagnosegespräch nicht mit standardisierten Fragen nach dem Gesundheitszustand der Patientin. Bevor er auf diagnostische Kategorien zurückgreift, verschafft er sich mit der Unterhaltung über das Wetter einen ersten Eindruck.

---

<sup>113</sup> In der neuropsychologischen Testung ist die Zeit, die ein Patient für eine Aufgabe benötigt, Teil der Bewertung der Gedächtnisleistung. Bei manchen Testeinheiten ist sogar klar festgelegt, wie oft nachgefragt werden darf, bevor eine Aufgabe als nicht erfüllt gilt.

<sup>114</sup> Feldnotiz vom 4. Mai 2006



A: Wie geht es Ihnen denn mittlerweile?

Frau M.: Soweit ganz gut.

A: Gibt es etwas was in den letzten 6 Monaten schlechter geworden ist oder sich verändert hat?

Frau M.: Nein, alles ok.

Da mischt sich der Ehemann in das Gespräch ein.

Herr M.: In den letzten 6 Wochen ist es sehr viel schlechter geworden. Meine Frau hat Depressionen, spricht von Suizid. Sie sieht mich regelrecht als Feind an. Das ist wirklich sehr schlimm für mich. Ich weiß auch gar nicht was ich machen soll. Wenn ich versuche mit ihr zu reden, kommt sie mit irgendwelchen Vorhalten oder fängt an zu weinen.

Der Arzt macht sich Notizen und wendet sich schließlich an die Frau: Mit der Stimmung ist das schlechter geworden? Sind Sie oft traurig?

Frau M.: Es ist schon manchmal schwierig. Da kommt das auch von außen und dann denkt man, dann kann man es gleich lassen.

Obwohl die Aussagen der Patienten auch im weiteren Verlauf des Gesprächs keine klaren Antworten auf die Fragen des Arztes darstellen, hört der Arzt ihr geduldig zu und nickt immer wieder zustimmend. Man hat das Gefühl, die Frau sitzt in einer anderen Welt. Sie scheint nicht wirklich zu begreifen, was der Arzt von ihr will, aber sie hat offensichtlich großes Vertrauen in ihn, wie man im weiteren Gespräch deutlich merkt. Im Laufe des Gesprächs adressiert der Arzt sie immer wieder und bezieht sie selbstverständlich ins Gespräch ein.

Herr M.: Sie fühlt sich auch nicht mehr zuhause in unserer Wohnung. Sie sagt auch öfters: Ich gehe jetzt, ich gehe jetzt nach Hause.

Der Ehemann berichtet, dass seine Frau das Gefühl habe, man wolle sie loswerden, sie in ein Heim abschieben. Da der Mann selbst auch gesundheitliche Probleme hat und erst vor kurzem im Treppenhaus gestürzt sei, wäre er ernsthaft am überlegen, ob ein Umzug in eine behindertengerechte Wohnung nicht für beide das Beste wäre. Seine Frau scheint mit diesem Umzug große Ängste zu verbinden. Seit diesen Umzugsplänen hätte dieser Wahn angefangen, man wolle sie abschieben. Der Arzt unterhält sich lang und ausführlich mit dem Ehemann über verschiedene Möglichkeiten von betreutem Wohnen, über die Pflegestufe. Diesmal dauert das Gespräch sehr viel länger und der Neurologe erscheint mehr als Sozialarbeiter denn als Arzt. Geduldig hört er dem Mann zu als dieser über die verschiedenen Wohnungen berichtet, die er sich schon angesehen hat.

Schließlich weist der Neurologe den Ehemann darauf hin, dass es wahrscheinlich wäre, dass sich der Zustand seiner Frau nach einem Umzug erst einmal verschlechtern würde, durch die Umstellung, die ungewohnte Umgebung. Auch das Loslassen von der alten Umgebung könne erst einmal sehr negative Auswirkungen, auch auf ihr Verhalten haben. Der Ehemann hat schließlich noch eine Frage zur Wirkungsweise des Medikaments seiner Frau und obwohl das Gespräch schon längst Überlänge hat, bleibt der Arzt freundlich, konzentriert und sehr geduldig. Nachdem auch dies ausführlich besprochen wurde, meint der Arzt schließlich „Eigentlich wäre heute ja noch ein kurzer Gedächtnistest fällig gewesen, um die Entwicklung der Gedächtnisstörungen über die letzten 6 Monate zu kontrollieren. Aber dafür haben wir heute keine Zeit mehr. Aber so wie sich der Zustand Ihrer Frau jetzt während des Gesprächs dargestellt hat und wie sie es ja auch aus dem Alltag beschrieben haben, würde ich doch eine Aufdosierung des Medikaments vorschlagen.“

Als sich das Ehepaar kurz später verabschiedet, meint der Ehemann dankbar: Es ist für meine Frau immer ein Labsal, wenn sie zu Ihnen kommt.

Die tatsächliche Länge des Gesprächs konnte ich hier nur in Auszügen andeuten, auch mit der Patientin selbst hatte der Neurologe noch ausführlich über ihre Wahnvorstellung gesprochen und sie letztendlich davon überzeugen können, dass sie sich nur einbilde, man wolle sie in ein

Heim abschieben. Was an den Auszügen deutlich wird, ist, dass hier niemand in einen vorgegebenen Ablauf zurückgeholt wird. Wie ich schon einmal angemerkt habe, war zwar der Ablauf des Gesprächs bei einer Erstdiagnose durchaus strukturierter, aber das hier dargestellte Gespräch ist in der Art der Gesprächsführung durchaus typisch für die Fälle, die ich in der Neurologie beobachten konnte.

Am Ende des Gesprächs ist soviel Zeit vergangen, dass keine Zeit mehr bleibt, den für einen Wiederholungstermin vorgesehenen Gedächtnistest durchzuführen. Mit diesem Test sollen die Ergebnisse aus dem gleichen Test von vor sechs Monaten verglichen werden, um eine mögliche Verschlechterung der Gedächtnisleistungen messen und bewerten zu können. Für den Neurologen sind die Beobachtungen während des Gesprächs und die Beschreibungen des Ehemanns valide genug, um eine Aufdosierung des Medikaments verordnen zu können. Die Erfahrung und Einschätzung des Mediziners wird hier über die Erhebung objektiver Messungen gestellt. Vielmehr gilt, Diagnosetechniken können, aber müssen nicht herangezogen werden, um den Zustand eines Patienten beurteilen zu können.<sup>115</sup> Relevant für die Einschätzung des Arztes sind nicht nur klare Antworten auf bestimmte Kategorien (wie zum Beispiel die Frage nach den Gefühlen von Traurigkeit oder dem konkreten Verlauf der Gedächtnisstörungen), sondern auch die Erzählung der Patientin, die auf den ersten Blick inhaltslos erschienen. Dass er die Patientin immer wieder anspricht und ins Gespräch mit einbezieht, verdeutlicht, dass nicht nur der Inhalt der Aussagen für ihn relevant ist, sondern die Art und Weise wie Antworten gegeben werden ebenso wichtig erscheinen.

Auch die Psychiaterin folgt keineswegs immer so ausdrücklich einem bestimmten Diagnosepfad wie im Beispiel von Herrn F.. In den verschiedenen Diagnosegesprächen, insbesondere bei Wiederholungsterminen ließ sie durchaus Spielraum für den einzelnen Patienten und legte ebenso Wert auf ihre persönliche Einschätzung des jeweiligen Verhaltens und Auftretens des Patienten. Am Beispiel von Herrn F. wurde jedoch deutlich, dass für die Erstellung einer Diagnose in erster Linie der konsequent durchgehaltene Ablauf und die Vergleichbarkeit der Daten in der Diagnostik betont werden. Dies stimmt überein mit der Aussage der Ärztin, dass der immer gleiche Ablauf notwendig sei, um mit den jeweiligen individuellen Abweichungen umgehen zu können.

Grundsätzlich bestätigt sich hier die Tendenz, wie ich sie im letzten Kapitel herausgearbeitet habe: Zwar ähneln sich die Aussagen der Ärzte dahingehend, dass beide sowohl die klinische Erfahrung als auch objektive Diagnosetechniken für eine valide Diagnose als notwendig ein-

---

<sup>115</sup> Wobei ich betonen möchte, dass der Neurologe in der Regel durchaus auf die Durchführung des Tests Wert legte, falls aber nicht genügend Zeit für ein ausführliches Gespräch und den Tests ist, wird zu Gunsten des Gesprächs entschieden.

schätzen, dennoch zeigen sich Unterschiede, wie in der Praxis damit umgegangen wird. In der neurologischen Gedächtnissprechstunde liegt der Schwerpunkt stärker auf der individuellen Erfahrung, in der Psychiatrie wird hingegen die Vergleichbarkeit und Standardisierung des Ablaufs betont. Dies zeigt sich unter anderem daran, wie schnell beispielsweise Patienten zurück auf den vorgegebenen Diagnosepfad gebracht werden, wie viel Raum für das individuelle Erzählen gegeben wird oder welche Kriterien in der Bewertung der Ergebnisse als gewichtiger erscheinen. Um mit den Besonderheiten des Einzelfalls, den klinischen Unsicherheiten im Entscheidungsprozess umgehen zu können, legen die beiden Mediziner ihren Selektionsmechanismen unterschiedliche Validitätskriterien zu Grunde. Eine einseitige Zuordnung des jeweiligen Mediziners zu „Diagnose als Kunst“ und zu „Diagnose als Wissenschaft“ wäre dennoch verfehlt. Trotz disziplinärer und institutioneller Unterschiede sind beide Einrichtungen an derselben Universitätsklinik angesiedelt, und damit in ihrem Selbstverständnis auf Forschung und auf Wissenschaft ausgerichtet.

## 2.2. *Zur Varianz der Diagnose-Kategorien*

Das Anamnesegespräch wird durch die diagnostischen Kategorien strukturiert. In der Krankenakte sind dabei verschiedenen Kriterien aufgelistet, die der Mediziner im Laufe des Gesprächs eruiert. In der Gerontopsychiatrie vermerkt die Ärztin auf einem leeren Formular handschriftlich folgende Kategorien:

<u>Anamnese</u>	(Verlauf, Symptome) <sup>116</sup>
<u>Ärzte</u>	(bisherige Untersuchungen, Befunde)
<u>Familie</u>	(familiäre Häufung demenzieller Erkrankungen)
<u>Weitere Krankheiten</u>	(andere Ursachen für Gedächtnisstörungen)
<u>Medikamente</u>	(wichtig für die spätere Behandlung)
<u>Sucht</u>	(als Ursache für Gedächtnisstörungen)
<u>Sozialisation</u>	(Alter, Bildung)

Diese Kategorien werden im Gespräch der Reihe nach abgefragt und ist jede für sich ein wichtiges Puzzlestück in der Diagnostik. Auf den ersten Blick handelt es sich hier um scheinbar neutrale Kategorien, die dem Abfragen grundlegender Informationen dienen. Im Vergleich beider Sprechstunden wird allerdings deutlich, dass hinter den Diagnosekategorien spezifische Konzepte von Krankheitsbildern zu finden sind, die sich in Neurologie und Psychiatrie unterscheiden. Bevor ich auf diese disziplinäre Relevanz bestimmter Kategorien eingehe, komme ich im nächsten Abschnitt – *Kategorie-Typen* – zurück auf die unterschiedlichen Strategien im Umgang mit den Patienten, wie ich sie im letzten Kapitel Diagnosepfade dargestellt habe. Erneut geht es hier um die Frage nach der unterschiedlichen Gewichtung von

---

<sup>116</sup> Meine Erläuterungen.

Einzelfall und generellen Annahmen in der Medizin: Was wird als Grundlage favorisiert in der Erstellung einer Diagnose? Dies zeigt sich vor allem daran, wie stark sich ein Mediziner an Kategorien mit epidemiologisch festgelegten Normen orientiert, also Werten die in einem statistischen Vergleich der Bevölkerung entwickelt worden sind, oder wie viel Spielraum er für die individuelle Einschätzung des jeweiligen Patienten lässt.

### Kategorie-Typen

Eine Einordnung, die der Beschreibung medizinischer Praxen als „Kunst“ oder „Wissenschaft“ ähnlich erscheint, macht der französische Medizinsoziologe Nicolas Dodier.<sup>117</sup> Er stellt fest, dass Mediziner kodifizierte Regeln nutzen, um zu einer klinischen Schlussfolgerung bei einem Patienten zu kommen. Die Anwendung dieser Regeln hängt, so Dodier, von dem jeweiligen Rahmen (frame) ab, der in einer Institution zum Einsatz kommt. Unter Rahmen versteht Dodier „arrangements of resources (words, rule, objects) in which past experiences are inscribed“<sup>118</sup>. Zwei unterschiedliche *frames* arbeitet er in seiner Studie über ärztliche Praxen im Bereich der Arbeitsmedizin heraus: der administrative Rahmen, „in which all people of the same category are treated in the same way“<sup>119</sup>, und den klinischen Rahmen, „in which the doctor follows a course that leaves room for the individuals’s unpredictable particularities.“<sup>120</sup> In seiner Unterscheidung konzentriert sich Dodier auf die unterschiedliche Art und Weise, wie ein Arzt in seinen Praxen den jeweiligen Einzelfall rahmt, ob und wie generelle, epidemiologische Normen auf den jeweiligen Einzelfall bezogen werden oder stärker individuelle Bewertungen im Vordergrund stehen. Dabei betont Dodier, dass derselbe Arzt auf beide Rahmen zurückgreifen kann, je nachdem wie die Situation es erfordert.

In der Diagnostik von Gedächtnisstörungen kommen beide Arten von Normen zum Einsatz: Einerseits gibt es epidemiologische Komponenten, die die Leistungen des Patienten im Vergleich zu entsprechenden Personengruppen misst, wie zum Beispiel in Bezug auf das Alter. Andererseits werden aber auch Kategorien herangezogen, die auf die individuelle Bewertung des Einzelfalls gerichtet sind; beispielsweise die Fragen nach dem Verlauf einer wahrgenommenen Gedächtnisverschlechterung.

Kategorien mit epidemiologischer Bewertung, die den Patienten mit einer so genannten Normstichprobe vergleichen, verbergen sich in der Demenzdiagnostik hinter folgenden Fragen:

---

<sup>117</sup> Dodier, Nicolas: Clinical Practice and the Procedures in Occupational Medicine: a Study of the Framing of Individuals. In: Berg, Marc / Mol, Annemarie: Differences in Medicine [wie Anm. 11], S. 53-85.

<sup>118</sup> Ebd., S. 53.

<sup>119</sup> Ebd., S. 55.

<sup>120</sup> Ebd., S. 55.

Welche Schulbildung haben sie? Und beruflich, was haben Sie da gemacht? Wie alt sind Sie? Rauchen Sie? Wie ist es mit Alkohol?

Diese Kategorien ordnen den individuellen Patienten bestimmten Personengruppen zu, die mit unterschiedlichen Risiken und Bewertungsmaßstäben in Verbindung gebracht werden. Im Auswertungsgespräch werden diese generellen Wertmaßstäbe wieder aufgegriffen. Als Beispiel komme ich zurück zu Ehepaar K..<sup>121</sup> Nach der Testung erklärt die Ärztin den beiden die Ergebnisse. Der erste Satz des Auswertungsgesprächs, auf den ich mich hier beziehe, ist ein Standardsatz, mit dem die Ärztin die festgestellte Diagnose einleitet.

Ä: Zur Auswertung ist zu sagen, die Ergebnisse werden mit Personen aus der gleichen Altersgruppe und mit dem gleichen Bildungshintergrund verglichen. Leider ist es so, dass Sie in allen Bereichen von der Norm abweichen.

Die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung werden mit epidemiologischen Normwerten verglichen. Werden bestimmte Werte über- oder unterschritten, sind von vornherein festgelegte Interventionen die Folge. Ist die Abweichung gemessen an der Norm der Altersgruppe nur gering, werden weitere Tests oder ein Kontrolltermin in sechs Monaten vorgeschlagen. Ist die Abweichung so auffällig wie bei Herrn K., reicht dies, um die Diagnose Alzheimer-Demenz zu stellen. Diese Kategorien beziehen sich also auf festgelegte Normen, das Individuum wird nach Variablen wie Alter und Bildung charakterisiert.

Im Anamnesegegespräch werden allerdings ebenso individuelle Bewertungsmaßstäbe angewandt, die nicht von allgemeinen Normen ausgehen, sondern die Besonderheit des Einzelfalls betonen. Das zeigt sich vor allem in der Abfrage der spezifischen Symptome und dem Verlauf der Gedächtnisstörungen:

Was führt Sie heute zu uns? Wie lange geht das schon so mit dem Vergesslich werden? Und was vergessen Sie? Nachfrage z. B. zu Haushalt; Körperpflege; Gibt es Dinge, die Sie vor einem halben Jahr noch machen konnten und jetzt nicht mehr machen? Wie ist die Orientierung, in der vertrauten Umgebung? Kam es schon mal zu Fehlhandlungen? Gibt es Verhaltensänderungen? Persönlichkeitsveränderungen? Wie ist der Antrieb? Wie ist die Stimmung in letzter Zeit? Sind Sie oft traurig? Weinen Sie ohne konkreten Grund?

Im Vergleich zu den epidemiologischen Kategorien, stellen sich diese Kategorien als „weiche“ Faktoren dar. Die Antworten auf diese Fragen sind schwer messbar oder eindeutig zuordenbar. Viel mehr wird nach den individuellen Wahrnehmungen und dem individuellen Verlauf gefragt. Die persönlichen Normen und auch Wahrnehmungen des Patienten spielen dabei eine zentrale Rolle.

Beide Rahmen, der administrative Rahmen mit seiner Betonung allgemein gültiger Kategorien und der klinische Rahmen mit der Betonung des Einzelfalls kommen in der Differentialdiagnose einer Alzheimer-Demenz zur Anwendung. Die Diagnosebeispiele in Kapitel *Diag-*

---

<sup>121</sup>Bei Herrn K. war die neuropsychologische Testung so eindeutig, dass die Ärztin eine weitere Testung nicht für notwendig hielt.

*nosepfade* haben gezeigt, dass die beiden Ärzte jedoch in der Bewertung des Einzelfalls unterschiedliche Schwerpunkte legen. Dem Neurologen war es wichtiger durch das Gespräch und aufgrund der eigenen Beobachtung den einzelnen Patienten einzuschätzen. Diese Einschätzung des individuellen Falles mit seinen spezifischen Eigenheiten stellt er, wenn die Zeit knapp ist, auch über die standardisierten Bewertungsmaßstäbe des Gedächtnistests. „...so wie sich der Zustand Ihrer Frau jetzt während des Gesprächs dargestellt hat und wie Sie es ja auch aus dem Alltag beschrieben haben, würde ich doch eine Aufdosierung des Medikaments vorschlagen“. Der klinische Rahmen ist offensichtlich der bevorzugte Rahmen in der neurologischen Gedächtnissprechstunde.

In der psychiatrischen Gedächtnissprechstunde lässt die Ärztin zwar durchaus Raum für die Besonderheiten des jeweiligen Patienten; um zu einer validen Diagnose zu kommen, wird jedoch stärker der administrative Rahmen herangezogen. Das hat sich auch im Auswertungsgespräch mit Frau Z., gezeigt, ein Beispiel das ich im Kapitel über die Arzt-Patient-Beziehung beschrieben habe: Frau Z., die ihre eigenen Leistungen in der Testung sehr kritisch gesehen hatte, hatte nach der Auswertung der Ärztin nur minimale Abweichungen von der Norm gezeigt. Das könne, so die Ärztin, an den Medikamenten oder an den Depressionen liegen. Um mit diesen Unwägbarkeiten des Einzelfalls umgehen zu könne, bietet sie ihr eine weitere Testung an: „Anhand der ausgewerteten Befunden können wir dann sagen, um was es sich bei Ihnen handelt. Gewisse Veränderungen sind ganz normal, wir müssen nur sehen, ob es darüber hinausgeht.“ Grundlage dafür, was als normal und was als pathologisch angesehen wird, sind die sich aus standardisierten Techniken ergebenden Werte, die nicht an der persönlichen Einschätzung der Medizinerin orientiert sind, sondern auf der Vergleichbarkeit mit epidemiologischen Bewertungsmaßstäben.

Die Differenzierung der Selektionsmechanismen anhand der Anwendung bestimmter Kategorien und deren jeweilige Bedeutung in der klinischen Praxis hat gezeigt, dass zwar grundsätzlich beide Kategorietypen – individuelle Normen und epidemiologische Bewertungsmaßstäbe – für die Diagnoseerstellung einer Alzheimer-Demenz festgelegt sind und die medizinischen Wissenspraxen strukturieren, dennoch zeigen sich in den Praxen der beiden Mediziner unterschiedliche Gewichtungen.

#### Zur disziplinären Relevanz der Kategorien

Wie die Medizinsoziologin Mildred Blaxter betont, sind der Diagnoseprozess und die möglichen Diagnosekategorien nicht getrennt voneinander zu verstehen:

„[...] the act of describing is affected by the descriptions acceptable or available in the relevant universe of knowledge. Conversely, the nature of the different sets of categories



devised will depend upon the purpose of categorisation, and in one sense the classifications are the result of the process.“<sup>122</sup>

Welche Kategorien im Diagnoseprozess herangezogen werden, hängt davon ab, ob sie im jeweiligen „universe of knowledge“<sup>123</sup> akzeptiert werden beziehungsweise zur Verfügung stehen. Dies hängt maßgeblich davon ab, welche Aufgabengebiete, auch im Sinne einer möglichen Behandlung, einer bestimmten Disziplin zugeschrieben werden. Wie Blaxter betont, kann die Diagnose nicht separat von möglichen Behandlungswegen und Therapiemöglichkeiten verstanden werden. Wie ich zeigen werde, unterscheiden sich die diagnostischen Kategorien einer Alzheimer-Demenz in ihren Inhalten und den damit verbundenen Behandlungszielen zwischen unterschiedlichen Disziplinen und Einrichtungen.

Als mir die Psychiaterin im Laufe meiner Feldforschung in der Gerontopsychiatrie den Hinweis gab, eine neurologische Gedächtnissprechstunde könnte für mich interessant sein, fügte sie hinzu: „Was die im Unterschied zu uns beispielsweise machen, sind ausführliche körperliche Untersuchungen, dazu wäre ich gar nicht ausgebildet“.<sup>124</sup> Tatsächlich war die Durchführung einer körperlichen Untersuchung einer der auffälligsten Unterschiede zwischen der gerontopsychiatrischen und der neurologischen Gedächtnissprechstunde. Als ich das erste Mal in das Behandlungszimmer in der Neurologie kam, fiel mir sofort die Liege auf, die im Sprechzimmer der Psychiaterin nicht vorhanden war. Bereits im Anamnesegespräch zeichnet sich die Fokussierung auf den Patientenkörper in der Neurologie ab. Hierzu einige Fragen, die in dieser Art und Weise nur in der neurologischen Gedächtnissprechstunde gestellt wurden.<sup>125</sup>

Tritt öfter Nachtschweiß auf? Häufiges Fieber? Wie ist es mit Stuhlgang? Wasser lassen? Hoher Blutdruck? Wie sieht es mit Diabetes aus? Lunge? Leber? Niere? Milz? Magen-Darm? Tumor-Erkrankungen? Gynäkologische Erkrankungen? Migräne? Schädel-Hirn-Trauma?

Körperliche Symptome und Veränderungen werden nicht nur abgefragt, sondern auch ausführlich untersucht. Hierzu ein gekürzter Auszug aus der Beschreibung einer körperlichen Untersuchung.<sup>126</sup> Frau B. ist mit ihrem Ehemann zur Erstdiagnostik gekommen, der Neurologe hat das Anamnesegespräch weitestgehend abgeschlossen:

Der Arzt legt die Krankenakte beiseite und steht auf: So, Frau B., wir kommen jetzt zur körperlichen Untersuchung. Ziehen Sie sich doch bitte mal die Schuhe aus. Gut. Er bittet sie ein Stück zu laufen. Dann das Gleiche rückwärts. Schließlich stellt er sich ihr gegenüber und bittet sie die Arme auszustrecken. A: So, dann schließen Sie jetzt bitte Ihre Augen. Gut, Augen wieder auf. Jetzt marschieren Sie bitte auf der Stelle. Ja, gut so.

---

<sup>122</sup> Blaxter: *Diagnosis as Category and Process* [wie Anm. 54], S. 9.

<sup>123</sup> Blaxter: *Diagnosis as Category and Process* [wie Anm. 54], S. 9.

<sup>124</sup> Feldnotiz vom 15. März 2006.

<sup>125</sup> Selbstverständlich stellt auch die Psychiaterin Fragen zu weiteren Erkrankungen, allerdings mit Schwerpunkt auf psychiatrische Erkrankungen.

<sup>126</sup> Feldnotiz vom 4. Mai 2006; insgesamt dauert die körperliche Untersuchung ca. 20 Minuten..

Die Frau richtet ihre ganze Konzentration auf den Arzt und befolgt jede seiner Anweisungen.

A: Stellen Sie sich bitte auf die Zehenspitze. Und jetzt auf die Ferse. Nein auf die FERSE, die Hacken. Gut, richtig. Und jetzt gehen Sie mal in die Knie. Ja.

Der Neurologe steht etwa einen Meter von der Patientin entfernt, beobachtet genau was sie macht.

A: Gut. So, kommen Sie bitte hier rüber und setzen Sie sich bitte auf die Liege hier. Während die Patientin kerzengerade auf der Liege sitzt, stellt sich der Arzt vor sie und reibt seine Finger neben ihrem rechten Ohr. „Hören Sie das?“ Die Patientin bejaht. „Und auf dem anderen Ohr? Ja? Gut.“

Er holt eine kleine Lampe aus der Tasche seines weißen Kittels. „Folgen Sie mal bitte dem Licht.“ Er macht mehrere Untersuchungen ihrer Augen, fordert sie dann auf die Stirn zu runzeln. „Nein, die Stirn runzeln. So!“ Er macht es ihr vor. „Und jetzt die Augen fest zu!“

A: So, jetzt bitte den Mund aufmachen. Zunge raus und laut Aaaa sagen!

Mit einem Holzstäbchen untersucht er Mund und Rachen.

Schließlich macht der Neurologe mit dem kleinen Hämmerchen eine ausführliche Reflexuntersuchung, sowohl an Armen als auch an den Beinen.

A: So, Frau B., Sie können sich Ihre Schuhe jetzt wieder anziehen.

Für den Neurologen ist die genaue körperliche Untersuchung, der internistische Status wie er mir erklärt, wichtige Grundlage, um die Ursachen einer Gedächtnisstörung zu diagnostizieren. Als er beispielsweise die Patientin auffordert, die Stirn zu runzeln, sucht er nach Hinweisen auf eine Demenz mit Lewy-Körperchen oder eine Parkinson-Erkrankung: In diesem Fall wäre die Mimik der Patientin starr (eine so genannte Hypomimie). Pathologische Reflexe oder Störungen in der Feinmotorik können Hinweise auf spezifische Läsionen in bestimmten Hirnregionen sein, die wiederum Hinweise auf bestimmte Demenzformen geben können. Die körperliche Untersuchung ist für den Neurologen ein zentraler Bestandteil seiner Selektionsmechanismen in der Differentialdiagnose von Alzheimer-Demenz. Körperliche Manifestationen wie ein fehlender Reflex oder eine versteinerte Mimik sind neurologische Kategorien, die die Diagnose eines Krankheitsbildes strukturieren. Diese körperliche Untersuchung wird in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde nicht durchgeführt, allerdings werden möglicherweise betroffene Hirnregionen und damit eine Differentialdiagnose zu anderen Demenzformen durch die ausführliche neuropsychologische Testung ermittelt. Bestimmte Auffälligkeiten in der neuropsychologischen Testung, wie beispielsweise Wortfindungsstörungen können ebenfalls bestimmten Hirnregionen zugeordnet werden. Auffallend ist jedoch, dass die Verteilung der Diagnosen in der Neurologie in Bezug auf unterschiedliche Demenzformen breitgefächerter ist als in der Psychiatrie. In der Gerontopsychiatrie ist hingegen die Diagnose Depression etwa gleich häufig wie die Diagnose einer Alzheimer-Demenz. Mildred Blaxter folgend legt das die Vermutung nahe, dass vorhandene diagnostische Kategorien und Behandlungsmöglichkeiten im jeweiligen „universe of knowledge“ auch den Prozess der Diagnose und sein Ergebnis beeinflussen. Dass die Diagnose Depression in der neurologischen Gedächtnissprechstunde nicht so häufig gestellt wird, mag zum einen daran liegen, dass durch

die Vorschaltung eines Facharztes Fälle mit Depression gar nicht erst in die an die Uniklinik überwiesen werden. Zum anderen, und das werde ich im Folgenden zeigen, ist die Behandlung von Gedächtnisstörungen aufgrund von Depressionen kein Aufgabengebiet der neurologischen Gedächtnissprechstunde und damit die Diagnose Depression kein primärer Diagnosepfad für den Neurologen. Hierzu ein Auszug aus einem Gespräch mit dem Neurologen über die Verteilung der Klientel in den Gedächtnissprechstunden.<sup>127</sup> Als ich ihm berichte, dass in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde etwa die Hälfte der Patienten mit Depressionen diagnostiziert wird, schüttelt er den Kopf.

Ne, die Depressiven, die machen mich fertig, ich wär' bestimmt kein guter Psychiater. Wenn ich bei mir Depressive hab', die überweis ich sofort weiter an die Psychiatrie. Die jammern und jammern, damit komm ich gar nicht klar. Ein Bekannter von mir, der ist Psychiater, der hat mir letztens ganz begeistert erzählt, dass er nach drei Wochen einen Patienten endlich so weit hatte, dass er sich ihm geöffnet hat. Nach drei Wochen! Da hätte ich längst die Krise bekommen

Auf den ersten Blick mag es verwundern, dass ausgerechnet der Neurologe, der sich so viel Zeit für den einzelnen Patienten nimmt und sich stark um die psychosoziale Seite einer Alzheimer-Demenz bemüht, von sich selbst sagt, mit Patienten, die jammern, käme er nicht klar. Allerdings sind für ihn demenzielle Erkrankungen eindeutig organische Erkrankungen, die sich körperlich manifestieren und entsprechend seiner Ausbildung auch körperlich untersucht werden können. Auch wenn man Depressionen mittlerweile ebenfalls als körperliche Erkrankung im Sinne einer Stoffwechselstörung definiert, ist die Diagnose hierzu keineswegs basierend auf einer körperlichen Untersuchung, wie zum Beispiele die Testung von Reflexen. Während die Psychiaterin von sich sagt, sie sei für die körperliche Untersuchung nicht ausgebildet, sind möglicherweise die Diagnosetechniken eines Neurologen nicht auf die Diagnose einer Depression angelegt.<sup>128</sup>

Nun sind aber gerade bei Patienten mit Alzheimer-Demenz Depressionen als Begleiterscheinung relativ häufig. Wie der Neurologe hiermit umgeht, zeigt folgendes Beispiel.<sup>129</sup> Ehepaar M. hatte ich im Kapitel *Diagnosepfade* schon eingeführt: Das Gespräch hatte so lange gedauert, dass für die Durchführung eines Gedächtnistest keine Zeit mehr blieb. Der Ehemann hatte zu Beginn des Gesprächs berichtet:

Meine Frau hat Depressionen, spricht von Suizid. Sie sieht mich regelrecht als Feind an. Das ist wirklich sehr schlimm für mich. Ich weiß auch gar nicht was ich machen soll. Wenn ich versuche mit ihr zu reden, kommt sie mit irgendwelchen Vorhalten oder fängt an zu weinen.

Etwas später kommt der Neurologe auf die Stimmungsschwankungen der Ehefrau zurück:

---

<sup>127</sup> Feldnotiz vom 4. Mai 2006.

<sup>128</sup> Ich formuliere das so vorsichtig, weil ich im Rahmen meiner Feldforschung nur sehr vage und am Rande Einblicke in Ausbildung der beiden Mediziner erhalten habe.

<sup>129</sup> Feldnotiz vom 4. Mai 2006.

A: Man könnte das medikamentös behandeln, aber meines Erachtens ist das noch nicht notwendig. Gerade wenn es einen eindeutigen Auslöser für diese Stimmungsschwankungen gibt, würde ich doch erst mal noch abwarten. Aber wenn das schlimmer wird, müssen Sie sich auf jeden Fall melden, dann würde ich doch mit Antidepressiva behandeln.

Die Tatsache, dass die Stimmungsschwankungen von Frau M. einen konkreten Auslöser haben (der anstehende Umzug und die Angst in ein Heim abgeschoben zu werden) „disqualifizieren“ ihre Stimmungsschwankungen als körperliches Problem, der Neurologe sieht erst einmal keinen Grund zu handeln. Schon aufgrund der Erwähnung von „Suizidgedanken“ hätte die Psychiaterin in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde sicherlich Antidepressiva verschrieben. Ich erinnere an Frau W., ebenfalls eine Alzheimer-Patientin, der die Psychiaterin Antidepressiva verschrieben hat. Ausschlaggebend für die Verschreibung von Antidepressiva war Frau W.s Antwort auf die Frage: „Gibt es Gefühle von Traurigkeit?“ – „Manchmal“. In der Regel konnte ich an den Fragen der Psychiaterin „ablesen“, ob sie eine Depression vermutete oder nicht, denn dann wurden die Fragen zur psychischen Verfassung des Patienten ausführlicher. Bei einem ersten Verdacht auf Depressionen stellte die Ärztin gezielte Nachfragen, die nicht standardmäßig gefragt wurden:

Suizidgedanken? Schuldgefühle? Beachten Sie Ihren Körper sehr genau? Ängste? Wie ist denn der Schlaf? Wachen Sie oft auf? Brauchen Sie lange um einzuschlafen?

Diese oder ähnliche Fragen wurden wiederum in der Neurologie nicht gestellt. Während in der Psychiatrie Depression ein möglicher Pfad für die Diagnosestellung ist („Schon als die reinkam war mir klar, die hat Depressionen“), ist dies für den Neurologen in der Regel kein relevanter Diagnosepfad bei Gedächtnisstörungen. Ein Grund hierfür sind unterschiedliche Kategorien im jeweiligen „universe of knowledge“, die sich im Falle der Psychiatrie stärker auf die Psyche beziehen, in der Neurologie hingegen stärker auf den Körper.

### Zur Historizität der Kategorien

Ein weiteres Beispiel, wie vorhandene Kategorien die Diagnose und vice versa der Prozess des Diagnostizierens die Kategorien formt, ist ein möglicherweise neues Krankheitsbild, das so genannte Mild Cognitive Impairment (MCI). Darunter werden leichte Abweichungen in der Gedächtnisleistung gefasst, die (noch) nicht als Demenz diagnostiziert werden, aber eine alters- und bildungsentsprechende Abnahme der Gedächtnisleistung überschreiten. Diese Klassifikation ist derzeit noch umstritten, es wird aber vermutet, dass ein Großteil der Patienten mit einer leichten kognitiven Störung mit der Zeit an einer Alzheimer-Demenz erkranken wird.<sup>130</sup> Das zunehmende Forschungsinteresse an MCI hat verschiedene Gründe: Erstens wird argumentiert, dass eine möglichst frühzeitige Erkennung einer Gedächtnisstörung die

---

<sup>130</sup> Siehe hierzu Petersen, R. C. et al.: Mild Cognitive Impairment. Clinical Characterization and Outcome. Archives of Neurology, 56 / 3 (1999), S. 303-308; (eine häufig zitierte Definition und Abhandlung zu MCI).

Behandlungserfolge verbessern könne; zum Zweiten erhofft man sich von Langzeitstudien über den Verlauf einer Demenz ein besseres Verständnis über die Mechanismen und Faktoren dieser Erkrankung. Und drittens sind Patienten mit einer leichten kognitiven Störung, die aber nicht mit einer Demenz diagnostiziert werden können zahlenmäßig in einer Gedächtnissprechstunde sehr stark vertreten,<sup>131</sup> ohne dass von medizinischer Seite bisher eine Handlungsgrundlage im Umgang mit diesen Patienten existiert. Die Häufigkeit der Patienten, die aufgrund einer leichten Gedächtnisstörung in die Klinik kommen, wird vor allem dadurch gefördert, dass die Öffentlichkeit zunehmend für die Erkrankung an Demenz sensibilisiert wird. Wie mir der Neurologe berichtet, war dies ein Grund für die Auflage einer fachärztlichen Überweisung für einen Termin seiner Sprechstunde.<sup>132</sup>

Ansonsten kämen hier zu 90% Patienten, die eigentlich gar nichts haben, die ein bisschen Probleme haben, sich Namen zu merken oder öfters mal einen Schlüssel verlegen. Mit der Facharzt-Überweisung, das hat sich bisher ganz gut bewährt. Aber trotzdem, immer wenn mal wieder ein Bericht im Fernsehen gekommen ist oder in den Medien wieder verstärkt über Alzheimer berichtet wird, haben wir hier schlagartig mehr Termine.

Für die neurologische Gedächtnissprechstunde sind Patienten mit leichten kognitiven Störungen, die nicht mit einer Demenz diagnostiziert werden können („die eigentlich gar nichts haben“) ein Phänomen, das zu mehr Arbeit führt und das man versucht durch die fachärztliche Überweisung zu reduzieren. In der Gerontopsychiatrie hingegen wird zu Mild Cognitive Impairment geforscht; Patienten mit leichten kognitiven Störungen sind hier potentielle Probanden. Dazu ein Auszug aus einem Gespräch zwischen der Psychiaterin und einem Kollegen, in dem sie sich über eben diese Studie unterhalten:<sup>133</sup>

Sie unterhalten sich über den Mangel an Probanden für die Studie. „Das ist wirklich Mist“ meint der Kollege. „Da müssen wir uns echt noch was überlegen. Vielleicht sollten wir da noch ein paar anschreiben, ob sie nicht zu einer erneuten Testung vorbeikommen könnten.“ Sie unterhalten sich über die Definition des Wertes von MCI im Test, der Wert der ausschlaggebend dafür ist, ob ein Patient als Proband in Frage kommt.

Ä: „Herr X [der Oberarzt] sagt immer, dass das beim MMSE [dem Standard-Gedächtnistest] bei Wert X keine MCI ist, erst ab Y.“

Kollege: „Aber das finde ich falsch. Dafür gibt es in dem Test gar keine Grundlage.“ Er zeigt ihr die zwei, drei Bereiche im Test, die er nicht für ausreichend hält. Sie unterhalten sich über die verschiedenen Testabschnitte. „Und bei dem „Tier-Test“, wie viel Zeit geben Sie da? Nur 1 Minute, das ist auch nicht gerade viel.“

Es gibt derzeit keine evaluierten, standardisierten diagnostischen Kriterien für die Ermittlung einer MCI. Vielmehr befindet sich die Krankheitskategorie MCI im Status des „Experiments“ und verdeutlicht den Aushandlungsprozess einer neuen Klassifikation. Welche Testwerte für die Einteilung als angemessen angesehen werden, ist letztendlich eine Frage der Einschätzung

---

<sup>131</sup> Schätzungen zufolge macht dieses Klientel zwischen 12 und 30 Prozent der Patienten in Gedächtnissprechstunden aus; vgl. hierzu Almeida, Osvaldo et al.: Demographic and Clinical Features of Patients Attending a Memory Clinic, in: International Journal of Geriatric Psychiatry 8 / 6 (1993), S. 497-501.

<sup>132</sup> Feldnotiz vom 4. Mai 2006.

<sup>133</sup> Feldnotiz vom 15. März 2006.

und nicht basierend auf wissenschaftlicher Evidenz, die anhand der Studien erst überprüft werden sollen. Was in diesem kurzen Gesprächsauszug auch deutlich wird, ist, dass die Notwendigkeit, Patienten für eine Studie zu rekrutieren, Einfluss auf die Klassifikation nimmt. Kommen zu wenig Patienten für eine Studie in Frage, muss zum einen neu getestet werden; zum anderen stellt sich die Frage, ob die Werte, die für potentielle Probanden definiert worden sind, möglicherweise neu definiert werden müssen. Gerade um diese Patienten für klinische Studien rekrutieren zu können, wird eine Klassifikation benötigt, die medizinisches Handeln erst legitimiert.

Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema Demenz führt dazu, dass sich immer mehr Menschen testen lassen. Durch die zunehmende Testung wiederum bildet sich allmählich eine neue Gruppe potentieller Patienten, die mit bisherigen Kategorien nicht gefasst werden kann. Menschen, die leichte Abweichungen von der Norm aufweisen, also nicht ganz gesund, aber auch nicht richtig krank sind, stellen eine klinische Unsicherheit dar, mit der in den beiden Gedächtnissprechstunden unterschiedlich umgegangen wird: In der Neurologie wird ein Facharzt vorgeschaltet, um die Patienten, die „eigentlich gar nichts haben“ gar nicht erst zuzulassen. In der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde hingegen werden leichte Abweichungen zum Anlass genommen, um eine dieser Patientengruppe angemessene Kategorie zu definieren.

Hinter der Aushandlung einer neuen Klassifikation „leichte kognitive Störung“ verbirgt sich eine viel grundsätzlichere Frage, mit der sich die Medizin seit langer Zeit immer wieder neu beschäftigt: „[...]is cognitive decline a normal feature of aging?“<sup>134</sup> Wie ich im Abschnitt *Kategorie-Typen* gezeigt habe, ist der Faktor Alter eine Kategorie, mit der im Diagnoseprozess Patienten klassifiziert und ihre Leistungen bewertet werden. Alter wird in der klinischen Diagnose als Risikofaktor für eine Alzheimer-Demenz definiert und ist zudem prägend für die Wahrnehmung von Alzheimer-Demenz in der Öffentlichkeit. Wie wandelbar diese zentrale Kategorie ist, zeigt sich daran, dass der Faktor „hohes Alter“ zwar vor 100 Jahren, als der deutsche Psychiater Alois Alzheimer die Krankheit zum ersten Mal beschrieben hat, ebenfalls zentral für die erstmalige Definition dieser Krankheit war – aber als Ausschlusskriterium und nicht als erhöhter Risikofaktor. Der folgende historische Rückblick zu den Anfängen der Alz-

---

<sup>134</sup> Lindeboom, Jaap / Weinstein, Henry: Neuropsychology of Cognitive Ageing, Minimal Cognitive Impairment, Alzheimer's Disease, and Vascular Cognitive Impairment. In: *European Journal of Pharmacology*, 490 (2004), S. 83-86, hier S. 84.



heimer-Demenz wird die Historizität und Wandelbarkeit diagnostischer Kategorien verdeutlichen.<sup>135</sup>

Als Alois Alzheimer auf einer Fachtagung in Tübingen im November 1906 das erste Mal das Krankheitsbild beschreibt, das später nach ihm benannt wird, stützt er sich auf die Krankengeschichte einer Patientin, die er einige Jahre zuvor in einer Frankfurter Anstalt betreut hatte. Auguste Deter war von ihrem Mann aufgrund zunehmender geistiger Verwirrung und Wahnvorstellungen im Alter von 51 Jahren in eine Frankfurter Irrenanstalt eingeliefert worden. Die Symptome der Patientin („eine rasch zunehmende Gedächtnisschwäche“, räumliche und zeitliche Desorientierung und Wahnvorstellungen)<sup>136</sup> kannte Alzheimer nur von Fällen seniler Demenz – zu Beginn des 20. Jahrhunderts als so genannter Altersblödsinn bezeichnet. Wie viele seiner Fachkollegen ging er damals davon aus, dass eine Gefäßverkalkung im Gehirn Ursache für den geistigen Verfall bei älteren Menschen sei. Allerdings erklärte man sich diese Gefäßverkalkung damals als natürliche Begleiterscheinung des menschlichen Alterungsprozesses und nicht als Krankheitsbild. Der Alterungsprozess wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts als unweigerlich progressiver Abbau körperlicher und geistiger Funktionen verstanden, senile Demenz als direktes Ergebnis des Älterwerdens. Eine Unterscheidung zwischen pathologischem und gesundem Altern, wie sie die moderne Geriatrie hervorbrachte, war damals noch nicht „denkbar“.<sup>137</sup> Die Frage, „is cognitive decline a normal feature of aging?“, wurde zu Alzheimers Zeit noch mit einem eindeutigen Ja beantwortet.

Da Auguste Deter bei ihrer Einlieferung erst 51 Jahre alt ist, konnte man ihren geistigen Verfall nicht mit Senilität erklären, doch der Verlauf und die Symptome ihrer Erkrankung weisen so eindrückliche Parallelen zu den Symptomen von seniler Demenz auf, dass Alzheimer beschließt, die Patientin persönlich zu untersuchen. Alois Alzheimer war überzeugter Vertreter einer organisch argumentierenden, wissenschaftlich orientierten Psychiatrie, die davon ausging, dass psychiatrische Störungen und Auffälligkeiten organische Ursachen haben, selbst wenn man sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht nachweisen könne. Eine Sichtweise, die sich in der deutschen Psychiatrie noch nicht endgültig durchgesetzt hatte. Dass die Ursache für Auguste Deters Verfall nicht mit ihrem Alter begründet werden konnte, macht ihren Fall deshalb für Alzheimer so interessant. Bis zu ihrem Tod im Jahr 1906 verfolgt Alzheimer,

---

<sup>135</sup> Als weiterführende Literatur zur Geschichte von Alzheimer-Demenz siehe u. a. Berrios, German: *The History of 'Alzheimer's Disease'*, <http://www.wellcome.ac.uk/en/genome/geneticsandsociety/hg13f026.html> (Zugriff am 19. Dezember 2005); Burns, Alistair / Byrne, Jane / Maurer, Konrad: *Alzheimer's Disease*. In: *The Lancet* 360 (2002), S. 163-65; Maurer / Maurer: *Alzheimer*. [wie Anm. 14]; Holstein: *Alzheimer's Disease and Senile Dementia* [wie Anm. 6].

<sup>136</sup> Maurer / Mauer [wie Anm. 14], S. 195; *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* [wie Anm. 12].

<sup>137</sup> Für eine ausführliche Abhandlung der historischen Entwicklung von pathologischen und normalen Alterungsprozessen vgl. Holstein: *Alzheimer's Disease and Senile Dementia* [wie Anm. 6] sowie Cohen, Lawrence: *Introduction*. In: Cohen / Leibing: *Thinking about Dementia* [wie Anm. 13], S. 1-19.

der zwischenzeitlich nach München gewechselt war und dort unter anderem das anatomische Laboratorium leitete, den geistigen und körperlichen Verfall von Auguste Deter. Als er über den Tod seiner ehemaligen Patientin informiert wird, lässt er sich ihr Gehirn zur mikroskopischen Untersuchung aus Frankfurt bringen. In seinem Labor stellt Alzheimer fest, dass das Gehirn durch das massenhafte Absterben von Nervenzellen stark geschrumpft war. Mit Hilfe einer speziellen Einfärbetechnik konnte er die geweblichen Veränderungen genauer bestimmen: In der Hirnrinde fanden sich eigenartige Faserbündel und Gefäßwucherungen. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen präsentierte er seinen Kollegen in Tübingen und schloss seinen Vortrag mit den Worten:

Alles in allem genommen haben wir hier offenbar einen eigenartigen Krankheitsprozess vor uns. Diese Beobachtung wird uns nahe legen müssen, dass wir uns nicht damit zufrieden geben sollen, irgendeinen klinisch unklaren Krankheitsfall in eine der uns bekannten Krankheitsgruppen unterzubringen. Es gibt ganz zweifellos vielmehr psychische Krankheiten, als sie unsere Lehrbücher aufführen.<sup>138</sup>

Die anatomischen Befunde und vor allem das Alter der Patientin lassen Alzheimer darauf schließen, dass es sich um eine eigenständige, vom so genannten Altersblödsinn unterscheidbare Krankheit handeln muss. Zudem bestätigen die histopathologischen Befunde Alzheimers Annahme, dass der geistige Abbau und die Verhaltensveränderungen der Patientin auf pathologischen Veränderungen im Gehirn basieren.

Nur fünf Jahre nach Alois Alzheimers Vortrag in Tübingen fügt Emil Kraepelin, Alzheimers wissenschaftlicher Mentor in München und ein bedeutender deutscher Psychiater seiner Zeit, in der Neuauflage seines Lehrbuchs für Psychiatrie in Kapitel VII „Seniles und Präseniles Irresein“ ein neues Krankheitsbild ein.<sup>139</sup> Er benennt es nach seinem Mitarbeiter als die Alzheimersche Krankheit:

Die klinische Deutung dieser Alzheimerschen Krankheit ist zur Zeit noch unklar. Während der anatomische Befund die Annahme nahe legen würde, dass wir es mit einer besonders schweren Form des Alterblödsinns zu tun haben, spricht dagegen einigermaßen der Umstand, dass die Erkrankung bisweilen schon Ende der 40er Jahre beginnt.<sup>140</sup>

Damit grenzt Kraepelin die Alzheimersche Krankheit als möglicherweise eigenständige neurodegenerative Erkrankung von altersbedingter, seniler Demenz ab. Es gibt unterschiedliche Vermutungen, warum Kraepelin dieses neue Krankheitsbild so schnell einführte: zusätzliche Forschungsgelder für das Institut in München, die gekoppelt sind an die „Entdeckung“ neuer Krankheiten; aus Dankbarkeit gegenüber seinem Mitarbeiter Alzheimer, der des Öfteren während Kraepelins monatelanger Vortrags- und Forschungsreisen dessen Aufgaben übernahm; wissenschaftspolitische Konkurrenzkämpfe um die Besetzung von Lehrstühlen (durchaus

<sup>138</sup> Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie [wie Anm. 12] , S. 179.

<sup>139</sup> Kraepelins Lehrbuch für Psychiatrie galt weit über seine Zeit hinaus als das Standardlehrbuch für Studierende der Psychiatrie; Kraepelin: Psychiatrie [wie Anm. 17].

<sup>140</sup> Ebd., S. 628.

erfolgreich: Alzheimer übernahm zwei Jahre später den Lehrstuhl für Psychiatrie in Breslau). Entscheidend war wohl, dass Kraepelin als wichtigster Vertreter einer wissenschaftlich orientierten und organisch argumentierenden Psychiatrie mit dem von Alzheimer nachgewiesenen Krankheitsbild einen weiteren Beweis für seine Theorie vorweisen konnte.

Die Unterscheidung zwischen präseniler Demenz (alias Alzheimer-Demenz) und seniler Demenz (alias Altersblödsinn) wurde bis in die 1960er Jahre beibehalten, als Studien erneut belegten, dass die von Alzheimer festgestellten pathologischen Veränderungen im Gehirn sich unabhängig vom Alter in den Hirnzellen demenzkranker Patienten finden ließen.<sup>141</sup> Kraepelin hatte in seinem Lehrbuch letztendlich nichts anderes beschrieben („Während der anatomische Befund die Annahme nahe legen würde, dass wir es mit einer besonders schweren Form des Altersblödsinns zu tun haben...“), doch aufgrund einer spezifischen medizinischen Interpretation des Alterungsprozesses, konnten präsenile Demenz und senile Demenz trotz ähnlicher anatomischer Befunde nicht als ein einheitliches Krankheitsbild klassifiziert werden.

In den 1960er Jahren forderten Wissenschaftler aus dem Bereich der Demenz-Forschung schließlich, „die senile Demenz und die Alzheimer-Krankheit als eine Krankheitseinheit mit unterschiedlichem Alter bei der Manifestation“<sup>142</sup> zu betrachten. Als Oberbegriff setzte sich in den folgenden Jahren die Bezeichnung Alzheimer-Demenz durch. Damit wurde auch die sehr viel weiter verbreitete senile Demenz zu einem biomedizinisch definierten und zu behandelnden Problem, das verstärkt für die Grundlagenforschung und die Pharmaindustrie interessant wurde. Diese „Alzheimerisierung“ seniler Demenz ist dabei nicht einfach neuer wissenschaftlicher Erkenntnis geschuldet, sondern einem kulturell gewandelten Verständnis von Alter. Wie Lawrence Cohen betont, steckt hinter dem Motiv *Alter* mehr als ein medizinischer definierter Risikofaktor für eine Alzheimer-Erkrankung.<sup>143</sup> Die medizinische Be-Deutung dieser Krankheit sei vielmehr mit der kulturellen Be-Deutung von Altern eng verknüpft ist. Der verstärkte Diskurs über Alzheimer-Demenz in den letzten Jahren ist entsprechend nicht einfach auf die demografische Entwicklung westlicher Gesellschaften zurückzuführen, sondern vor allem auf ein kulturell gewandeltes Bild vom Älterwerden. Mit der zunehmenden Unabhängigkeit von Familienstrukturen und Eigenständigkeit auch im hohen Alter entstand ein Bild von leistungsfähigen und unabhängigen älteren Menschen, den „jungen Alten“.

„‘Alzheimer’s Disease’ as both a clinical site and a popular citation appears at precisely this moment of naturalized independence and dependency“.<sup>144</sup>

---

<sup>141</sup> Holstein: Alzheimer’s Disease and Senile Dementia [wie Anm. 6].

<sup>142</sup> Maurer / Maurer [wie Anm. 14], S. 280.

<sup>143</sup> Cohen: Introduction. In: Leibling / Cohen: Thinking about Dementia [wie Anm. 13], hier S. 7ff.

<sup>144</sup> Ebd., S. 7.

Parallel dazu führte die Entstehung und spätere Institutionalisierung der Geriatrie zur erstmaligen Abgrenzung von normalem und pathologischem Altern. Erst dieses gewandelte Verständnis, dass der Abbau körperlicher und geistiger Funktionen nicht als natürliche Begleiterscheinung des Alterungsprozesses, sondern als Krankheitsbild zu definieren ist, ermöglichte die „Karriere“ der Alzheimer-Demenz:

Wie dieser Rückblick in die Geschichte der Alzheimer-Demenz gezeigt hat, ist Alzheimer-Demenz als kulturell geprägtes und historisch zu verortendes Phänomen zu deuten und verweist auf die Historizität wissenschaftlicher Praxen und den zugrunde liegenden Kategorien. Dieser Prozess der „Alzheimerisierung“ des Alterungsprozesses im Sinne der Expansion eines Krankheitsbildes ist dabei als Medikalisierung auf konzeptueller Ebene zu verstehen.<sup>145</sup> Vormalig als sozial oder kulturell gedeutete Phänomene – wie bestimmte Vorstellungen vom Altern werden – werden als medizinisches Problem umdefiniert. Auf dieser konzeptuellen Ebene von Medikalisierung kann die Medizin als Institution beteiligt sein, meist ist diese Ebene der Medikalisierung aber vor allem durch ein Zusammenspiel gesellschaftlicher, medizinischer und kultureller Faktoren geprägt.

Die neue Klassifikation des so genannten Mild Cognitive Impairment macht deutlich, dass die medizinische Definition von Gedächtnisstörungen und die Grenzziehung zwischen pathologischen und normalen kognitiven Veränderungen ein anhaltender Prozess ist. Dies ist kein Prozess der einfach nur innerhalb der Medizin stattfindet, sondern wird von gesellschaftlichen, kulturellen Faktoren geprägt: Je zentraler die Vorstellungen von Leistungsfähigkeit im Alter und die Rolle von Gedächtnis für Identitätskonstruktionen in einer Gesellschaft sind, umso „anfälliger“ wird eine Gesellschaft für potentielle Pathologien des Gedächtnisses.<sup>146</sup> Leichte kognitive Störungen sind erst in den letzten Jahren zu einem Phänomen umgedeutet worden, für das die Medizin zuständig ist, auch wenn sie diese weder erklären kann noch Handlungskonzepte zur Hand hat.

Kategorien, wie sie in der Diagnose von Gedächtnisstörungen herangezogen werden, beziehen sich nicht einfach auf biologische Fakten, sondern sind Konzepte, die historisch wandelbar sind und kulturellen Be-Deutungen unterliegen. In der Diagnose können Kategorien umgedeutet und die Grenzen zwischen Normalem und Pathologischen neu verhandelt werden.

Der Vergleich der Kategorien, die in beiden Gedächtnissprechstunden zur Anwendung kommen, hat zudem gezeigt, dass diagnostische Kategorien bei Gedächtnisstörungen in den Disziplinen Neurologie und Psychiatrie unterschiedliche Relevanz besitzen. Und selbst bei den

---

<sup>145</sup> Conrad: Medicalization [wie Anm. 93], S. 211 und S. 221.

<sup>146</sup> Cohen: Introduction. In: Leibling / Cohen: Thinking about Dementia [wie Anm. 13], hier S. 7f..

Kategorien, die in beiden Gedächtnissprechstunden zur Anwendung kommen (das Abfragen der Symptome und des Verlaufs der Gedächtnisstörungen oder die Frage nach Alter, Bildung, Familie) lassen sich unterschiedliche Selektionsmechanismen und verschiedene Bewertungsmaßstäbe feststellen.

### 2.3. *Valide Diagnosetechniken*

Wie schon in einigen Beispielen meines empirischen Materials sichtbar wurde, spielen Diagnosetechniken eine wichtige Rolle in der Stabilisierung der Diagnose Alzheimer-Demenz. Die Selektion von Diagnosetechniken in den beiden Gedächtnissprechstunden wird zeigen, dass es auch hier sowohl Übereinstimmungen als auch elementare Unterschiede darin gibt, welche technischen Ressourcen herangezogen werden und wie deren Validität begründet wird. Da es gegenwärtig keine sicheren diagnostischen Marker gibt, wird die Stabilisierung einer klinischen Diagnostik bei Gedächtnisstörungen durch die Addition und Kombination verschiedener Diagnosetechniken erreicht.

Auf zwei Diagnosetechniken, die in der klinischen Diagnostik bei Gedächtnisstörungen angewandt werden, werde ich mich im Folgenden konzentrieren: Die neuropsychologische Testung überprüft die verschiedenen Gedächtnisfunktionen und ist das zentrale Testverfahren in der Demenzdiagnostik. Zur weiteren Absicherung der Diagnose wird in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde außerdem eine so genannte Lumbalpunktion durchgeführt, bei der aus dem Rückenmark Nervenwasser entnommen wird, um bestimmte Enzyme feststellen zu können.

#### Die Neuropsychologische Testung<sup>147</sup>

Mit der neuropsychologischen Testung soll die von den Patienten beziehungsweise den Angehörigen beobachtete Abnahme der Gedächtnisleistung der Patienten „objektiviert“ und gleichzeitig überprüft werden, in welchen kognitiven Bereichen Beeinträchtigungen vorhanden sind.<sup>148</sup> Die Testung besteht aus verschiedenen Elementen, die insgesamt vier verschiedene kognitive Funktionen abdecken sollen:<sup>149</sup>

1. *Gedächtnisfunktionen*: unterteilt in Kurzzeitgedächtnis (Testung der Fähigkeit des sofortigen Abrufs von neu Erlerntem) und Langzeitgedächtnis (unterteilt in semantisches Langzeit-

---

<sup>147</sup> Im Anhang dieser Arbeit finden sich einige Beispiele neuropsychologischer Testverfahren, die mir die Ärztin aus der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde zur Verfügung gestellt hat. Diese Tests sind in der Weise speziell für die Gedächtnissprechstunde zusammengestellt worden und werden laufend ergänzt beziehungsweise verändert.

<sup>148</sup> Aebi, Chantal: Validierung der neuropsychologischen Testbatterie CERAD-NP. Eine Multi-Center Studie. Basel 2002, S. 47.

<sup>149</sup> Die folgende Unterscheidung basiert auf einem Gespräch mit der Psychiaterin. In der neuropsychologischen Fachliteratur findet sich weitestgehend die gleiche Unterscheidung, wenngleich etwas differenzierter.

gedächtnis, „Faktenwissen“, und episodisches Gedächtnis, das stärker auf persönlicher Erfahrung beruht und sich sowohl verbal als auch non-verbal ausdrückt).

2. *Exekutivfunktionen*: hier wird getestet, ob der Patient zielgerichtet Probleme lösen kann.

3. *Sprachfunktionen*: sowohl die Bildung (Sätze schreiben, Wörter abrufen) als auch das Verständnis (Lesen) von Sprache wird getestet.

4. *Konstruktive Fähigkeiten*: überprüft die Koordination visuell-räumlicher Wahrnehmung mit den motorischen Leistungen.

In den verschiedenen Testelementen werden meist mehrere Funktionsbereiche gleichzeitig getestet. Hierzu ein Beispiel aus der neuropsychologischen Testung von Frau Z.:<sup>150</sup>

Die Ärztin stellt eine Stoppuhr auf den Tisch und meint zu Frau Z.:

Ä: So, jetzt kommen wir zum nächsten Test. Nennen Sie mir bitte in einer Minute so viele Tiere wie Ihnen einfallen.

Frau Z.: Ich möchte noch etwas fragen. Kann ich bei Tieren Vogel sagen und dann noch verschiedene Vogelarten

Ä: Ja. Und los geht's.

Sie drückt auf die Stoppuhr und sieht konzentriert auf ihr Blatt, auf dem sie nach einem bestimmten Schema die genannten Tiernamen vermerken wird. Die Frau nennt eine ganze Reihe Tiere.

Frau Z.: Ich weiß nicht mehr.

Ä: Überlegen Sie noch mal.

Frau Z.: Schlange war das letzte, oder?

Sie nennt eine Reihe Schlangenarten und gibt dann auf.

Frau Z.: Ich denke, das ist auch ein Zeichen.

In diesem Test (*Verbale Flüssigkeit, Kategorie Tiere*)<sup>151</sup> werden zum einen die Geschwindigkeit (Stoppuhr) und Leichtigkeit der „verbalen Produktionsfähigkeit“<sup>152</sup> getestet, das semantische Gedächtnis und die exekutiven Funktionen, das heißt, ob der Patient in der Lage ist, bestimmte Tiergruppen zu bilden und davon ausgehend sich Tiere ins Gedächtnis zu rufen. Gesunde Testpersonen gehen beispielsweise zuerst die Gruppe der Haustiere durch: Katze, Hund etc. und gehen dann zu einer anderen Tiergruppe über. Schon mit ihrer Nachfrage („...kann ich Vogel sagen und dann noch verschiedene Vogelarten?“) hat Frau Z. zumindest ihre Exekutivfunktionen unter Beweis gestellt. Für die Bewertung ist die Anzahl der genannten verschiedenen Tiere entscheidend.

Anhand der sich aus der neuropsychologischen Testung ergebenden „kognitiven Ausfallprofile“<sup>153</sup> lassen sich die kognitiven Störungen bestimmten Hirnregionen zuordnen, die dann mit den Ergebnissen der bildgebenden Verfahren, beispielsweise Computertomografie verglichen werden. Wie mir die Psychiaterin erklärt, stimmen diese kognitiven Störungen idealerweise

---

<sup>150</sup> Feldnotiz vom 7. März 2006.

<sup>151</sup> Siehe Anhang, S. 101.

<sup>152</sup> Aebi, Validierung der Testbatterie CERAD-NP [wie Anm. 148], S. 53.

<sup>153</sup> Ebd., S. 48.



mit Läsionen im Gehirn des Patienten überein. Idealerweise deswegen, weil kognitive Funktionen zwar theoretisch bestimmten Regionen des Gehirns zugeordnet werden können, diese sich aber individuell unterscheiden können.

In der neuropsychologischen Demenzdiagnostik gibt es standardisierte Testbatterien, die entwickelt wurden, um eine einheitliche Verfahrensweise in der Diagnostik von Gedächtnisstörungen zu gewährleisten. Eine Testbatterie, die in beiden Gedächtnissprechstunden zum Einsatz kommt, ist die so genannte CERAD-NP, die Ende der 1980er Jahren in den USA entwickelt wurde, mit dem Ziel, „die in der Demenzabklärung bislang sehr unterschiedlichen Untersuchungsansätze zu vereinheitlichen und um vergleichbare Daten für die Forschung zur Verfügung zu haben“<sup>154</sup>. Diese Testbatterie umfasst verschiedenen Standardtestverfahren wie den *Mini Mental State Examination*<sup>155</sup> oder den oben angeführten Test *Verbale Flüssigkeit, Kategorie Tiere*. In der Demenzforschung wird jedoch auch kontinuierlich an der Differenzierung und Evaluierung vorhandener Testverfahren und der Entwicklung neuer Testverfahren gearbeitet.

Zwar beschrieben beide Ärzte mir gegenüber die Neuropsychologie als das Rückgrat der Diagnostik bei Gedächtnisstörungen, allerdings zeigten sich in der Praxis und Bewertung der Testverfahren auch hier Unterschiede in den beiden Einrichtungen. In der Gerontopsychiatrie führt die Psychiaterin selbst beim ersten Termin eine neuropsychologische Testung von circa 40-50 Minuten durch. Die anschließende Auswertung der Testergebnisse ist entscheidend für das weitere Verfahren. Wie im Falle von Herrn K. können die Ergebnisse ausreichen, um eine Diagnose zu stellen. Oftmals werden jedoch weitere Tests angeordnet, die unter anderem aus einer ausführlicheren neuropsychologischen Testung durch einen Psychologen bestehen. Zudem werden neben standardisierten, evaluierten Testverfahren auch neue Verfahren getestet, die teilweise in der Einrichtung entwickelt werden. Die Psychiaterin selbst arbeitet zum Beispiel an einer Testreihe zur Untersuchung der Schätzfähigkeit von Patienten mit Gedächtnisstörungen und führt hierzu eine spezielle Aufgabe durch, in der den Patienten ein Glas mit Plastikperlen gezeigt wird und die Zahl der Perlen geschätzt werden soll.

In Bezug auf die Auswertung der Testergebnisse betont die Psychiaterin, dass die neuropsychologischen Tests „sehr empfindlich“ seien:<sup>156</sup>

Es ist absolut wichtig, dass man immer exakt die gleichen Fragen stellt. Schon wiederholtes Erklären oder Nachfragen kann Störungen in der Evaluierbarkeit der Test verursachen. Leichte Veränderungen im Testablauf können zum Beispiel dazu führen, dass ein Test entweder altersbedingte Gedächtnisstörungen oder MCI als eine Vorform von Alzheimer ergeben.

---

<sup>154</sup> Aebi, Validierung der Testbatterie CERAD-NP [wie Anm. 148], S.52.

<sup>155</sup> Dieser Test ist der verbreitetste neuropsychologische Screening-Test; siehe auch Anhang S. 102.

<sup>156</sup> Gesprächsnotiz vom 7. März 2006.

Sie käme sich manchmal vor wie eine Kassette, die abgespult wird. Immer die gleichen stereotypen Fragen und Abläufe, aber das sei eben dringend notwendig und Voraussetzung für eine Diagnose. Ich erinnere an Herrn F., der im Anamnesegespräch in der Beantwortung der Fragen sehr weit ausgeholt hatte. Bevor die Ärztin mit der neuropsychologischen Testung beginnt, weist sie Herrn F. eindrücklich darauf hin: „Das geht auf Zeit! Sie müssen konzentriert dabei bleiben.“

Schon in der Organisation der neuropsychologischen Demenzdiagnostik unterscheiden sich die beiden Gedächtnissprechstunden grundlegend. In der neurologischen Gedächtnissprechstunde führt der Neurologe selbst nur einen kurzen Gedächtnistest durch, den *Mini Mental Status Examination*, einem Standardtest in der Demenzdiagnostik, der auch in der Gerontopsychiatrie zum Einsatz kommt.<sup>157</sup> An einem zweiten Termin führt eine Psychologin der Einrichtung die weiteren neuropsychologischen Tests durch. Als wir uns wie so oft an meinem Tag in der Neurologie über die Unterschiede zwischen der neurologischen und der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde unterhalten, erklärt mir der Neurologe, er fände es grundsätzlich unsinnig, die Anamnese und die neuropsychologische Testung an einem Tag zu machen, das wäre viel zu viel Stress für die Patienten.<sup>158</sup> Auch die Entwicklung neuer neuropsychologischer Tests sieht er kritisch:

Die Entwicklung immer neuer neuropsychologischer Tests, das sei schon fast eine Modeerscheinung geworden. In seinen Augen sind in den letzten 10 Jahren keine guten neuen Tests in der Neuropsychologie mehr auf den Markt gekommen. Sie benutzen deshalb eine feste, standardisierte Testbatterie. Dabei sei die Auswahl der Testreihen seines Erachtens auch relativ egal, das meine auch die Psychologin, die die Tests durchführt. Das Wichtigste wäre, dass man „familiar“ sei, er sucht nach dem deutschen Wort. „Vertraut“ helfe ich ihm auf die Sprünge. Genau, vertraut müsse man mit den Tests sein. Beispielsweise der Uhrentest<sup>159</sup>, ein Klassiker, absoluter Standard. Eigentlich ist der Uhrentest für die Differentialdiagnose völlig unsinnig, weil so viele unterschiedliche Funktionen gleichzeitig mit rein spielen. Die Exekutiv- und die Konstruktionsfunktion, aber auch Orientierung und so weiter. Da wäre der Test eigentlich viel zu unscharf, um das zu unterscheiden. Aber ein erfahrener Neuropsychologe kann aufgrund seiner Erfahrung und seinem Wissen herauslesen, was betroffen ist.

Beide Ärzte hatten mir gegenüber betont, die neuropsychologische Testung sei der Kern der Demenzdiagnostik, aber in den konkreten Selektionspraxen und Bewertungsansätzen zeigen sich wiederum Unterschiede. Der Neurologe vertraut auf standardisierte, bewährte Tests und die Fähigkeit und Erfahrung des Testers. Die Tests selbst seien „viel zu unscharf“, erst durch die Interpretationsleistung des Testers wird die Validität der Ergebnisse gewährleistet. Er beruft sich dabei auch auf die Psychologin, die die Tests letztendlich durchführt und seine Einschätzung bezüglich der Tests teile.

---

<sup>157</sup> Siehe Anhang, S. 102.

<sup>158</sup> Gesprächsnotiz vom 4. Mai 2006.

<sup>159</sup> Siehe Anhang, S. 103.

Die Validitätskriterien, mit denen die Psychiaterin die Anwendung der Tests bewertet, beruhen auf der Vergleichbarkeit der Testverfahren und auf höchstmögliche Objektivität auf Seiten des Testenden. Die Tests seien „sehr empfindlich“, der Tester muss sich an die immer gleichen, festgelegten Abläufe halten. Zudem wird in der Gerontopsychiatrie auf die Erforschung neuer Testverfahren und Weiterentwicklung der verwendeten Testbatterie gesetzt. Welche Schwerpunkte dabei gesetzt werden und wie diese zu bewerten sind, wird im Team erarbeitet.

Zwar kommen in beiden Gedächtnissprechstunden teilweise die gleichen standardisierten Testverfahren zum Einsatz, wie die Testbatterie CERAD-NP, diese werden jedoch in der jeweiligen Einrichtung unterschiedlich kombiniert und ergänzt. Das heißt: Obwohl beide Einrichtungen standardisierte Verfahren heranziehen, unterliegen diese in der tatsächlichen Anwendung und Bewertung unterschiedlichen institutionellen Aushandlungsprozessen, die von den spezifischen Validitätskriterien geprägt sind.

### Die Lumbalpunktion

Eine Diagnosetechnik, die in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde routinemäßig zur weiteren Absicherung der neuropsychologischen Testergebnisse eingesetzt wurde, ist die Lumbalpunktion (auch als Liquorpunktion bezeichnet).<sup>160</sup> Dabei wird einem Patienten Nervenwasser aus dem Rückenmark entnommen, um anhand bestimmter Enzym-Werte im Liquor die Diagnose Alzheimer-Demenz weiter abzusichern oder ausschließen zu können. Wie diese Lumbalpunktion genau abläuft und wie sie gedeutet wird, werde ich anhand der folgenden Feldnotiz<sup>161</sup> beschreiben.

Die Liquorpunktion wird im Behandlungszimmer neben der Anmeldung durchgeführt. Ein Pfleger ist ebenfalls anwesend und assistiert der Ärztin. Vor der Punktion erklärt die Ärztin der Patientin in einem Gespräch ausführlich, was sie machen wird:  
Ä: So, wie Sie hier sehen (sie hat ein Aufklärungsblatt vor sich auf dem Tisch liegen) stechen wir mit einer langen Nadel in das Rückenmark. Ich zeige Ihnen mal wo ich einstechen werde. Bis zu den Lendenwirbeln etwa reichen die Nervenstränge und ich werde weiter unten einstechen, da wir ja nicht die Nerven erwischen dürfen. Wir müssen genau zwischen zwei Wirbel stechen um, an das Nervenwasser zu kommen. Das tut nicht weiter weh, nur das Pieksen am Anfang werden Sie spüren, ansonsten ist es nicht weiter schlimm. Wir machen das hier in der Regel dreimal täglich, das ist also eine Routinesache für uns.  
Schließlich klärt sie die Patientin ausführlich über mögliche Nebenwirkungen auf, fragt mögliche Kontraindikationen wie Allergien oder Gerinnungsstörungen ab und lässt die Patientin den Aufklärungsbogen unterschreiben.

Es gibt eine explizite institutionelle Vorgabe für die routinemäßige Durchführung einer Lumbalpunktion. Anhand klinischer Studien haben sich Hinweise darauf ergeben, dass das

---

<sup>160</sup> Lumbalpunktion bezieht sich auf den Ort der Punktion, den Lendenwirbelbereich. Liquorpunktion ist ein allgemeinerer Begriff für die Entnahme von Nervenwasser, die auch in anderen Bereichen erfolgen kann.

<sup>161</sup> Feldnotiz vom 8. März 2006.

erhöhte Auftreten der Enzyme Phosphor-Tau und Beta-Amyloid, ein diagnostischer Marker für die Alzheimer-Demenz sein könnte und dementsprechend die Differentialdiagnose weiter absichern könnte. Ausschlaggebend für diese Routinevorgabe ist zudem, dass dadurch sehr breit angelegte, vergleichbare Daten von Patienten in unterschiedlichen Krankheitsstadien vorhanden sind, die auch für die Studien, die in der Einrichtung durchgeführt werden, von Nutzen sein können.

Während sich die Patientin auszieht, wäscht sich die Ärztin die Hände und desinfiziert sie. Die Patientin, der es ganz offensichtlich nicht wohl in ihrer Haut ist, setzt sich auf die Liege. Der Pfleger bringt ein Tablett mit Material und platziert es neben der Patientin. Dann reicht er der Patientin ein Kissen. Die Ärztin setzt sich vor die Liege und bittet die Patientin sich mit dem Rücken zu ihr gewandt hinzusetzen.

Ä: So, jetzt beugen Sie sich mal nach vorne Frau X. Meine Hände sind vielleicht etwas kalt, nicht erschrecken.

Der Pfleger rückt der Patientin das Kissen auf dem Schoß zurecht, an das sie sich auch dankbar festklammert und seufzt. Er ermuntert sie und meint: Alles in Ordnung, es dauert nicht lange. Die Ärztin sieht sich konzentriert den Rücken der Patientin an, dann tastet sie mehrmals die Wirbel entlang und von der Hüfte zur Mitte des Rückens. Dieser Vorgang dauert einige Minuten. Schließlich markiert sie mit ihren Fingernägeln eine Stelle zwischen zwei Wirbeln. Die Patientin stöhnt kurz auf.

Ä: Alles in Ordnung, ich markiere nur die Einstichstelle. Ist bei Ihnen mal eine Wirbelsäulenverkrümmung oder ähnliches festgestellt worden? Nein? Gut.

Wieder und wieder tastet sie die Wirbel ab. Schließlich legt sie sich eine Verpackung hin, klappt diese auf, darin befinden sich sterile Handschuhe, die sie sich überzieht. Dann nimmt sie das Desinfektionsspray, das ihr der Pfleger hingestellt hat und sprüht die markierte Stelle ein. Aus einer weiteren Verpackung nimmt sie einen sterilen Tupfer und wischt das Desinfektionsspray sorgfältig ab. Dann tastet sie noch einmal. Alles läuft ohne Worte und mit großer Konzentration ab. Man sieht wie sehr dieser Ablauf Routine ist. Ohne dass Ärztin und Pfleger sich unterhalten, weiß er genau, wann er ihr etwas reichen soll. Er gibt ihr eine weitere Verpackung. Darin befindet sich eine Kanüle. Die Ärztin tastet noch einmal die Stelle ab und meint dann zur Patientin: „So, jetzt wird es kurz pieksen.“ Dann setzt sie die Kanüle an und sticht an der Stelle ein, die sie vorher markiert hat. Die Patientin stöhnt auf.

Ä: Alles in Ordnung.

Dann entnimmt sie einer Verpackung, die ihr der Pfleger reicht, eine lange Nadel und führt sie durch die Kanüle ein. Vorsichtig bewegt sie die Nadel hin und her. Mehrmals zieht sie die Nadel wieder heraus und führt sie dann erneut in die Kanüle ein. Sie sucht nach der richtigen Stelle zwischen den Wirbeln, um die Nadel in das Rückenmark einzusteichen. Nachdem sie es mehrmals versucht hat, zieht sie Nadel und Kanüle schließlich wieder heraus. Mit einem Tupfer wischt sie das Blut ab.

Ä: Ich komme da nicht durch, das ist alles sehr, sehr eng. Wir müssen es noch einmal an einer anderen Stelle versuchen. Aber bei Ihnen ist nie eine Verkrümmung festgestellt worden?

P: Nein.

Die Ärztin wischt noch einmal das Blut an der Einstichstelle ab und fängt wieder an den Rücken abzutasten. Alles geschieht langsam und ruhig, keiner spricht.

Schließlich meint die Patientin: Ich bin ein ziemlicher Feigling.

Ä: Finden Sie es denn schlimmer als Blutabnehmen?

P: JA!

Ä: Wir probieren es noch einmal.

„Finden Sie es schlimmer als Blutabnehmen?“ In dieser Gleichsetzung mit einer üblichen medizinischen Routine verdeutlicht sie der Patientin, dass die Durchführung einer Punktion

etwas ganz Alltägliches sei und sie keine Angst haben muss. Das wortlose Zusammenspiel zwischen Pfleger und Ärztin verstärkt diesen Eindruck. Die Patientin wirkt während der Untersuchung zwar sehr ängstlich, hatte aber explizit um diese Untersuchung gebeten. Wie die Ärztin mir sagte, ist die Punktion eine Untersuchungsform, die sie den Patienten als Möglichkeit anbietet. Viele Patienten seien gegenüber der neuropsychologischen Testung eher skeptisch eingestellt, eine Technik wie die Lumbalpunktion vermittle für die meisten Patienten mehr Sicherheit und Objektivität. Ich habe tatsächlich nur einen Patienten erlebt, der diese Untersuchung abgelehnt hat. Dabei ist zu bedenken, dass die Überweisung an die Uniklinik auf Seiten der Patienten beziehungsweise der Angehörigen nicht zuletzt mit der Erwartung verknüpft ist, dass hier die neuesten Diagnosetechniken verwendet werden und durch die Nähe zur Forschung auch die neusten Erkenntnisse zum Einsatz kommen. Zurück ins Behandlungszimmer:

Die Ärztin tastet weiter ab und markiert dann erneut eine Stelle, diesmal weiter oben.

Dann steht sie plötzlich auf und meint: Einen Augenblick.

Sie geht ins Sekretariat und kommt kurz darauf mit einem Kollegen wieder. Er grüßt die Patientin, setzt sich auf den Stuhl und tastet den Rücken ab. Die Ärztin steht daneben und beschreibt, was sie bisher gemacht hatte. Das war einfach zu eng, ich bin da nicht durchgekommen. Und jetzt hab ich diese Stelle hier markiert, oder ist das zu weit oben?

A zur Patientin: Haben Sie eine Verkrümmung der Wirbelsäule?

P: Nein, nicht das ich wüsste.

Der Arzt tastet noch einmal den Rücken ab und meint dann zu seiner Kollegin: Da würde ich auch einstechen, das ist schon richtig, mach das so.

Er verabschiedet sich und verlässt den Raum.

Ich hatte mehrmals mitbekommen, dass die Psychiaterin die Liquorpunktion nicht mit großer Begeisterung macht, sie fühlt sich mit dieser Technik anscheinend unsicher. Als Schwierigkeiten in der Durchführung auftreten, zieht sie ihren Kollegen hinzu, der diese Untersuchung sehr viel öfters durchführt und über mehr Erfahrung verfügt. Die Zusammenarbeit im Team und die Rücksprache mit dem Kollegen sichern die routinemäßige Durchführung des Diagnoseverfahrens. Dies zeigt sich auch im Zusammenspiel mit dem Pfleger: Er bereitet die Handgriffe der Ärztin vor und erleichtert dadurch den „planmäßigen“ Ablauf der Untersuchung.

Die Ärztin beginnt die Prozedur von vorne: Abtasten, Kanüle einführen, doch wieder scheint es zu eng zu sein und schließlich bricht sie ab. Sie zieht die Nadel heraus, legt sie in eine Schale, nimmt die Kanüle und legt sie ebenfalls in die Schale. Während sie mit einem Tupfer das Blut abwischt, meint sie zur Patientin.

Ä: Das hat wieder nicht geklappt, das ist zu eng, ich komme mit der Nadel nicht zum Rückenmark durch. Ich bespreche das jetzt noch einmal mit dem Oberarzt. Wir müssen uns noch einmal die Befunde genau ansehen, um zu überprüfen, wie wichtig die Punktion ist und dann entscheiden wir, ob er das vielleicht noch einmal versuchen will.

Sie zieht sich die Handschuhe aus, nimmt die Schale mit dem verbrauchten Material und entsorgt dann alles in einem großen Metalleimer neben der Spüle.

Ä: Frau X, wir melden uns dann telefonisch bei Ihnen und dann besprechen wir wie es weitergeht.

Wir gehen zurück in ihr Arztzimmer. Sie bedauert, dass es nicht geklappt hat, „...aber das kommt manchmal vor. Konntest du denn etwas sehen?“ Mehr als genug, antworte ich. Sie lacht und erklärt mir dann: Die Stelle zwischen den Wirbeln war einfach zu eng, ich bin da nicht durchgekommen. Der Oberarzt der ist da viel konsequenter, der sticht dann auch mal etwas fester durch. Aber ich mach das nicht. Wenn ich mir da unsicher bin, dann lass ich es lieber. Jetzt müssen wir sehen, ob die Punktion so dringend notwendig ist.

Zwar gibt es eine institutionelle Vorgabe für die Routinedurchführung einer Liquorpunktion, die die Ärztin aber nicht um jeden Preis umsetzen will. Sie entschließt sich, erst mit dem Oberarzt Rücksprache zu halten, bevor sie eine weitere Entscheidung trifft. Das heißt, sie muss ihre Abweichung von „höherer“ Stelle legitimieren lassen. Entweder wird unter den gegebenen Umständen die Notwendigkeit neu eingeschätzt oder der Oberarzt macht die Liquorpunktion selbst und übernimmt damit auch die Verantwortung, falls bei der Punktion Komplikationen auftreten.

Der institutionelle Rahmen, sei es die explizite Vorgabe oder die Zusammenarbeit im Team, organisiert und beeinflusst die Praxen des einzelnen Arztes. Doch es gibt auch unterschiedliche Einschätzungen und individuelle Abweichungen von dieser Routine. Der Kollege, den die Ärztin während der Liquorpunktion zu Hilfe geholt hatte, arbeitet in erster Linie mit Studienpatienten, das heißt mit Patienten, die als Probanden in eine klinische Studie der Einrichtung eingebunden sind. Wie mir die Ärztin erzählt, hält er an der Vorgabe sehr viel stärker fest. Die Ärztin ist da eher zurückhaltender und meint, in ihren Augen käme es auf den einzelnen Patienten an:<sup>162</sup>

Bei Patienten, die in der neuropsychologischen Testung unauffällig waren, und bei schwer Alzheimerkranken mache ich das grundsätzlich nicht, außer die wollen das unbedingt. Für mich sind die neuropsychologischen Tests ausschlaggebend. Und man muss sich auch fragen, was ist denn die Perspektive. So wie der Patient heute [sie meint Herrn F.]. Selbst wenn da Auffälligkeiten im Nervenwasser wären, man würde erst einmal nicht behandeln, dafür ist die neuropsychologische Testung zu unauffällig. Auch bei schwer Alzheimerkranken, dann kann man gar nicht anders behandeln, da ist aufgrund der Testung schon klar, was es ist. Mein Kollege hier beispielsweise, der macht grundsätzlich beim Erstkontakt gleich mal eine Punktion. Bei Herrn F. hätte er auf jeden Fall eine Punktion gemacht. Aber ich sehe das etwas anders. Für mich kommt es immer auf den Einzelfall an.

Diese Einschätzung bestätigt auch das Beispiel von Herrn K., dessen Ergebnisse in der neuropsychologischen Testung so eindeutig waren, dass die Ärztin in seinem Fall explizit von einer Liquorpunktion abgeraten hatte. In der Interaktion mit den Patienten in der Sprechstunde hat die Ärztin einen gewissen Spielraum, welches weitere Vorgehen sie als sinnvoll ansieht. Sie betont jedoch auch, dass in Fällen, bei denen die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung nicht eindeutig waren, eine Liquorpunktion eine gute Möglichkeit wäre, um „Sicherheit zu bekommen“, denn „mit der Liquorpunktion erreicht man schon mehr Sicher-

---

<sup>162</sup> Gesprächsnotiz vom 8. März 2006.



heit in der Diagnose“.<sup>163</sup> Für ihren Kollegen, der in erster Linie mit Patienten in klinischen Studien arbeitet, scheint hingegen das Forschungsinteresse, das mit einer breit angelegten Datenerhebung verbunden ist, ausschlaggebend für die routinemäßige Durchführung der Liquorpunktion zu sein.

Meine Erwartung war, dass die neurologische Untersuchung, die in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde als Routineuntersuchung angewandt wird, in der Neurologie ebenfalls zur Standarddiagnostik gehört. Doch als ich den Neurologen nach der Lumbalpunktion frage, wehrt er entschieden ab.<sup>164</sup> Das wäre nur in ganz speziellen Fällen angebracht, für eine routinemäßige Durchführung gäbe es keinerlei Evidenzgrundlage. Eine Lumbalpunktion mache man, wenn der Patient unter 60 Jahre alt wäre, um eine genetische Disposition feststellen zu können, oder der Verdacht auf eine bakterielle Erkrankung besteht. Aber routinemäßig, auf keinen Fall. In der Gerontopsychiatrie wird also routinemäßig eine neurologische Untersuchung durchgeführt, die der Neurologe als Routineuntersuchung grundsätzlich ablehnt. Als ich ihn danach frage, wie er sich das erklärt, schüttelt er den Kopf. Es gäbe keine Grundlage. Er hätte erst letzten Herbst für eine jährlich stattfindende Neurologentagung genau dieses Thema, pro und contra Lumbalpunktion, nachgeprüft, und er kann nur entschieden sagen, für eine routinemäßige Durchführung gäbe es keine Evidenz, „das müssten doch auch die Psychiater wissen“.

In diagnostischen Leitlinien wird zwar eine routinemäßige Durchführung der Liquordiagnostik tatsächlich nicht empfohlen wird, allerdings wird auch festgestellt, dass „die Genauigkeit dieser Methode sich derjenigen der klinischen Diagnostik annähert.“<sup>165</sup> Diese Feststellung findet sich in einer diagnostischen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.

Wie ich angeführt habe, ist ein Grund für die routinemäßige Durchführung der Lumbalpunktion in der Gerontopsychiatrie ein spezifisches Forschungsinteresse an der Erhebung breit angelegter Daten von Patienten in allen Krankheitsstadien. Dieses Forschungsinteresse ist verbunden mit der Einbindung der Einrichtung in das Forschungsnetzwerk „Kompetenznetzwerk Demenzen“. Ziel des Kompetenznetzwerkes ist die Entwicklung und Testung „bundesweit einheitlicher Diagnostik- und Therapiestandards“<sup>166</sup>. Neben der Standardisierung der

---

<sup>163</sup> Gesprächsnotiz vom 8. März 2006.

<sup>164</sup> Gesprächsnotiz vom 4. Mai 2006.

<sup>165</sup> Leitlinien „Diagnostik degenerativer Demenzen (Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz)“, Was gibt es Neues?; unter: <http://www.dgn.org/34.0.html> (Zugriff am 15.09.06).

<sup>166</sup> [www.kompetenznetz-demenzen.de](http://www.kompetenznetz-demenzen.de) (Zugriff am 12. April 2006)

neuropsychologischen Diagnostik, werden vor allem „im Bereich der neurochemischen Demenzdiagnostik [...] Verfahren entwickelt, die eine einheitliche Behandlung und Analyse von Blut- und Liquorproben zur Bestimmung von Demenzmarkern gewährleisten“. Durch den Forschungsverbund des Kompetenznetzwerkes könnten nun „multizentrische Datenerhebungen“ durchgeführt werden. Mit der Einbindung in einen größeren Forschungsverbund verbindet sich eine spezifische Forschungsperspektive, mit der die unterschiedliche Einschätzung der Lumbalpunktion in den beiden Einrichtungen erklärt werden kann. Während für den Neurologen der Schwerpunkt auf der Anwendung evaluierter, möglichst sicherer diagnostischer Verfahren liegt, sind die Diagnosepraxen in der Gerontopsychiatrie maßgeblich von der Erforschung und Evaluierung neuer beziehungsweise noch nicht gesicherter Verfahren beeinflusst. Auch in der Bewertung und Anwendung neuropsychologischer Testverfahren hat sich dies gezeigt.

Die explizite Vernetzung mit anderen Forschungseinrichtungen, mit dem Ziel, breit angelegte und vergleichbare Daten für die Forschung zu erheben, aber auch die Umsetzung von geteilten Standards in insgesamt vierzehn universitären Zentren, beeinflusst die Validitätskriterien „vor Ort“. Wie sich in den verschiedenen Aspekten der letzten Kapitel gezeigt hat, ist der Grad der Standardisierung in der Gerontopsychiatrie sehr umfassend und prägt die klinische Wissenspraxis der Medizinerin. Sei es die Orientierung am immer gleichen Ablauf in der neuropsychologischen Testung oder ihre Einschätzung im Umgang mit den Patienten, betont werden der immer gleiche Ablauf und die größtmögliche Vergleichbarkeit der Daten. Die Unterschiede in den Wissenspraxen weisen darauf hin, dass zum einen der Hintergrund einer bestimmten Disziplin, aber zum anderen vor allem die jeweilige institutionelle Ausrichtung maßgeblichen Einfluss auf die klinischen Wissenspraxen hat.

In den beiden Kapiteln *Übersetzungen* und *Selektionen* habe ich anhand der verschiedenen Aspekte klinischer Wissenspraxen in der Diagnose Alzheimer-Demenz herausgearbeitet, dass es unterschiedliche Strategien im Umgang mit klinischen Unsicherheiten und der Stabilisierung der Diagnose gibt. Ausgehend von den Aushandlungsprozessen in der Arzt-Patient-Beziehung und den unterschiedlichen Auswahlmechanismen – sowohl von Diagnosekategorien als auch von Diagnosetechniken – wurde deutlich, dass klinisches Wissen lokal verschieden praktiziert wird und die zu Grunde liegenden Bewertungen unterschiedlich gewichtet und begründet werden. Während meine Untersuchungen der Diagnose Alzheimer-Demenz in den letzten beiden Kapiteln vordergründig nach dem *wie* der Praxen gefragt haben, werde ich im

folgenden Kapitel der Frage nachgehen, womit sich diese Variabilität klinischer Wissenspraxen erklären lässt.

### 3. Legitimationen

Mitten in einem Diagnosegespräch in der neurologischen Gedächtnissprechstunde klingelt das Telefon. Der Neurologe entschuldigt sich bei der Patientin und ihrem Ehemann und hebt ab. Ein Kollege hat anscheinend eine Frage zur Lumbalpunktion.

A: Warum willst du das machen? Du meinst Phosphor-Tau und Beta-Amyloid? Da machen wir hier kein Labor! Welche Frage willst Du denn damit beantworten? Ja, aber die Spezifität der Demenz ist noch nicht so differenziert, dass das was bringt. Die Evidenzlage ist da sehr wackelig, bei der Differentialdiagnose hilft dir das jedenfalls nicht weiter.<sup>167</sup>

Während die Lumbalpunktion in der Gerontopsychiatrie routinemäßig angewandt wird, lehnt der Neurologe die Punktion als Routineuntersuchung grundsätzlich ab. Entsprechend lautet seine Aussage gegenüber einem Kollegen, der ihn um Rat fragt: „Da machen wir hier kein Labor!“ Mehrmals hatten meine Gesprächspartner mit anscheinender Selbstverständlichkeit betont, „Wir machen das hier so“. Die Frage, die sich stellt, ist, wer ist „Wir“ und was bedeutet „Hier“? Meine These ist, dass hinter diesem „Wir“ und „Hier“ unterschiedliche institutionelle Einbettungen stehen, die die Aushandlungs- und Selektionsmechanismen in den beiden Gedächtnissprechstunden in spezifischen Routineabläufen organisieren. Gemäß meiner Fragestellung geht es mir in der folgenden Untersuchung institutioneller Bedingungen von Wissenspraxen darum, wie in den jeweiligen Institutionen mit Unsicherheiten umgegangen wird und welchen Einfluss dies auf die Aushandlung der Diagnose Alzheimer-Demenz hat.

Wie ich im Kapitel *Klinische Routinen* zeigen werde, sind die Diagnosepraxen des einzelnen Mediziners eingebettet in organisatorischen Abläufen und festgelegten Verfahrensweisen, die spezifischen institutionellen Regeln folgen. Diese institutionelle Standards werde ich im zweiten Kapitel herausarbeiten und zeigen wie diese nicht nur die Handlungen des Arztes strukturieren, sondern das, was in der jeweiligen Gedächtnissprechstunde als valide Diagnoseverfahren angesehen werden, auch legitimieren.

#### 3.1. *Klinische Routine*

Wie insbesondere an den Beispielen der Diagnosetechniken deutlich wurde, werden die Diagnosepraxen über spezifische klinische Routinen organisiert. Der niederländische Medizinsoziologe Marc Berg kommt in einer Untersuchung medizinischer Entscheidungsprozesse<sup>168</sup> zu der Feststellung, dass medizinische Praxen nicht an universellen Regeln und Kategorien haf-

---

<sup>167</sup> Feldnotiz vom 4. Mai 2006.

<sup>168</sup> Berg, Marc: The Construction of Medical Disposals. *Medical Sociology and Medical Problem Solving in Clinical Practice*. In: *Sociology of Health and Illness*, 14 / 2 (1992), S. 151-180.

ten, sondern über lokal verschiedene Routinen organisiert werden. Routine als zentralen Handlungsrahmen klinischer Wissensspraxen definiert Berg als „a set of actions which is repetitively carried out with a certain automatism: habitually, without explicitly reflecting on or legitimating the actions involved.“<sup>169</sup> Welche Fragen gestellt werden, welche Kategorien herangezogen werden, wie diese interpretiert werden, also die komplexen Selektionsmechanismen wie ich sie in meiner Arbeit beschrieben habe, all diese Handlungen werden routinemäßig ausgeführt.

Schon die Bedeutung der Routine im medizinischen Lernprozess verweist, so Berg, darauf, dass Routinen vor allem medizinisches Handeln erleichtern sollen: Nicht jeder Schritt muss neu überlegt und legitimiert werden. Der Neurologe hat in seiner neurologischen Fachausbildung gelernt, körperliche Symptome zu untersuchen, Reflexe zu überprüfen, die Motorik des Patienten zu bewerten. Diese „Handgriffe“ laufen automatisiert ab. Er muss nicht jede seiner Handlungen überlegen, er ist dazu ausgebildet, bestimmte vorgesehene Routinen durchzugehen. Die Psychiaterin hatte selbst betont, die körperliche Untersuchung, wie sie in einer Gedächtnissprechstunde durchgeführt würde, könnte sie nicht machen, dafür sei sie nicht ausgebildet. Strukturiert werden diese Routinen unter anderem durch die diagnostischen Kategorien: Bestimmte Antworten im Anamnesege spräch, wie beispielsweise auf die Frage nach den Stimmungen lenken die Psychiaterin auf einen bestimmten Diagnosepfad. Die Ergebnisse aus dem Anamnesege spräch und den Testungen haben festgelegte Interventionen zur Folge, die nicht jedes Mal neu begründet werden müssen.

Routineabläufe sind aber nicht allein in der jeweiligen disziplinären Ausbildung begründet, sondern werden auch institutionell festgelegt. Wie das kurze Gespräch der Psychiaterin mit einem Kollegen über eine Studie zu Mild Cognitive Impairment gezeigt hat, werden Bewertungsmaßstäbe – als Grundlage von Routineabläufen – in der Institution ausgehandelt. Möglicherweise ist dies im Besonderen der Fall, wenn eine Klassifikation wie das MCI noch im Zustand eines Experiments ist. Aber auch bei evaluierten Standardtests gibt es in der Fachliteratur unterschiedliche Ansätze, welche Abweichungen von den Normwerten als diagnostische Grundlage für die Diagnose Alzheimer-Demenz gelten.<sup>170</sup> Da sich diese Werte zudem nur auf bestimmte Testelemente oder -batterien beziehen, die aber in der jeweiligen Gedächtnissprechstunde in unterschiedlicher Kombination ausgeführt werden, müssen diese Standards „lokalisiert“ werden. Das heißt, dass die Bewertungsnormen für die spezifische Test-Kombi-

---

<sup>169</sup> Ebd., S. 170.

<sup>170</sup> Eine Übersicht zu diesen unterschiedlichen Normwerten findet sich bei Aebi: Validierung der Testbatterie CERAD-NP [wie Anm. 148], S. 51ff..

nation, wie sie in der alltäglichen Routine einer Gedächtnissprechstunde verwendet werden, institutionell festgelegt werden müssen.

Ein weiteres Beispiel der institutionellen Verankerung von Routinen ist die Selektion der Diagnosetechniken. Die explizite institutionelle Vorgabe der Durchführung einer Liquorpunktion in der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde basiert dabei auf spezifischen Forschungsinteressen der Einrichtung. Anhand der Liquorpunktion wurde zudem deutlich, dass Routinen ein abgestimmtes Zusammenspiel verschiedener Akteure erfordern. Der Pfleger weiß genau, welche Handgriffe er zu tun hatte, er legt die Instrumente bereit, beruhigt die Patientin, so dass die Ärztin sich auf die Punktion konzentrieren kann. Routinen strukturieren den organisatorischen Ablauf in einer Einrichtung und die Interaktion mit anderen Mitarbeitern. Bei der Liquorpunktion zeigte sich auch, dass dieses Zusammenspiel nicht nur die Durchführung strukturiert, sondern den einzelnen Arzt institutionell einbettet und seine Handlungen lenkt. Die Ärztin selbst ist, möglicherweise aufgrund mangelnder Erfahrung oder aufgrund ihrer Skepsis an der Vorgabe, unsicher in der Durchführung der Routine. Sie bricht die Punktion nach einigen Versuchen ab, muss dieses Vorgehen jedoch vom Oberarzt legitimieren lassen. Nicht dem einzelnen Arzt obliegt die Entscheidung über bestimmte Abläufe, vielmehr werden die Diagnosepraxen, insbesondere die Verwendung der herangezogenen Diagnosetechniken in der Institution festgelegt. Gerade bei unklaren Fällen, wenn die weitere Vorgehensweise nicht eindeutig erschien, hatte die Ärztin Kollegen herangezogen. Zudem werden in den Teambesprechungen die einzelnen Fälle besprochen.

In der neurologischen Gedächtnissprechstunde war die Personalausstattung sehr viel geringer und der Neurologe arbeitete weitestgehend autonom. In diversen Telefongesprächen hatte der Neurologe zwar ebenfalls mit Kollegen bestimmte Vorgehensweisen besprochen, allerdings schien es, dass in der Regel er derjenige war, der zu Rate gezogen wurde und ihm eine gewisse fachliche Autorität im Bereich der Demenzdiagnostik zugeschrieben wird.

Im Vergleich der beiden Sprechstunden wurde offensichtlich, dass es in den beiden Institutionen unterschiedliche Kriterien dafür gibt, was als angemessene Handlungen verstanden wird. Die Legitimation der Handlungen stellt nach Berg einen zentralen Grund dar, warum Routinen grundlegend für medizinische Praxen sind: Routinen verkörpern die „safety of the norm“<sup>171</sup>. Sie definieren, was in den alltäglichen Praxen richtiges Handeln ist. Wenn der Arzt der vorgegebenen Routine folgt, kann er davon ausgehen, dass er richtig handelt.

In der Erstellung einer sicheren Diagnose von Alzheimer-Demenz, die klinisch eigentlich nicht gestellt werden kann, wird die Bedeutung dieser „safety of the norm“ offensichtlich.

---

<sup>171</sup> Berg, *The Construction of Medical Disposables* [wie Anm. 168], S. 170.

Obwohl sich beide Mediziner bewusst sind, dass eine sichere Diagnose erst post mortem gestellt werden kann, stellen sie die Diagnose im klinischen Alltag, ohne dass dies in der Praxis jeweils neu legitimiert werden muss. Wenn bestimmte Werte in der Testung von der Norm abweichen, bedeutet die Routine: Diagnose Alzheimer-Demenz. Begründet wird dies damit, dass die angewandten Verfahrensweisen so gut sind, dass man die Diagnose objektiv feststellen könne. Diagnosetechniken sind ein wichtiger Bestandteil der klinischen Routine, indem sie messbare Daten und damit Objektivität vermitteln. Die Stabilisierung der klinischen Diagnose Alzheimer-Demenz basiert maßgeblich auf Routineleistungen, die die individuellen Entscheidungen und Handlungen des Mediziners legitimieren und damit absichern.

### 3.2. *Institutionelle Standards*

Die Strukturierung von Diagnosepraxen durch die jeweilige klinische Routine ist ein zentraler Weg, um mit klinischen Unsicherheiten umzugehen. Dabei sind Routinen immer lokal und verkörpern institutionell festgelegte Standards, das heißt spezifische Normen dessen, wie und welches Wissen praktiziert wird. Grundlegend für diese gemeinsamen Wissenspraxen sind geteilte Kriterien von Validität. Was in einem wissenschaftlichen Kollektiv – seien es Neurologen, Psychiater oder auch Ethnologen – als denkbare Probleme, aber auch als mögliche Lösungsansätze verstanden wird, hängt von geteilten Validitätskriterien in Bezug auf Arbeitsweisen, theoretische Konzepte, Ressourcen oder Forschungsperspektiven ab.

Um die Zusammenhänge von institutionellen Normen und den konkreten Wissenspraxen des Mediziners zu interpretieren, komme ich zurück auf Fredrik Barths Konzept einer Anthropologie von Wissen. Aufgabe einer anthropologischen Untersuchung von Wissen ist für Barth, zu klären:

„[...]how a knowledge that must have its wellsprings in individual experience becomes to large extent conventional in social circles and in turn what the processes are whereby these conventional bodies of knowledge assume their locally characteristic shapes.“<sup>172</sup>

Barth betont hier zwar die individuelle Erfahrung – der Handlungsspielraum und das Handlungsvermögen des Einzelnen (*agency*) hat in seinem Wissenskonzept einen wichtigen Stellenwert –, aber dennoch sieht er einen Großteil individuellen Wissens durch die Sozialisation und Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen bedingt, deren Mitglieder spezifische Kriterien von Validität teilen. Um die Zusammenhänge von individuellem und kollektivem Wissen analysieren zu können, schlägt er die Differenzierung von Wissen in drei Aspekte vor: Erstens: Jede Wissenstradition enthält einen spezifischen Bestand an Behauptungen und Vorstellungen. Zweitens: Dieses Wissen wird über charakteristische Repräsentationsformen ver-

---

<sup>172</sup> Barth, *Anthropology of Knowledge* [wie Anm. 52], S. 2.



mittelt. Und drittens: Wissen wird innerhalb institutionalisierter sozialer Beziehungen kommuniziert, angewandt und übertragen.<sup>173</sup> Insbesondere durch die Kontrolle von Ressourcen und über spezifische Regeln der Repräsentation organisieren soziale Kollektive bestimmte Formen der Verteilung und Standardisierung von Wissen. Sie prägen dadurch die lokalen und individuellen Kriterien von Validität. Barth macht deutlich, dass die Repräsentationsformen, der Bestand an Wissenstraditionen und die soziale Organisation, in der Wissen praktiziert wird, stets miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig determinieren. Dieses Zusammenspiel wird zudem durch vielfältige äußere Faktoren beeinflusst.<sup>174</sup>

Vor diesem analytischen Hintergrund werde ich im Folgenden zusammenfassend beschreiben, wie die verschiedenen Aspekte von Wissen in den beiden Gedächtnissprechstunden zusammenspielen und die klinischen Wissenspraxen in der Erstellung der Diagnose Alzheimer-Demenz prägen.

Bei meiner Analyse der Relevanz von diagnostischen Kategorien hat sich gezeigt, dass in der neurologischen Gedächtnissprechstunde und der gerontopsychiatrischen Gedächtnissprechstunde unterschiedliche disziplinäre Wissensbestände herangezogen werden. Während in der Neurologie stärker der Körper im Vordergrund steht, betont die psychiatrische Demenzdiagnostik psychische Dimensionen in der Untersuchung des Krankheitsbildes. Diese unterschiedlichen „universes of knowledge“ (Blaxter) wurden insbesondere in der Gegenüberstellung der Diagnose Depression offensichtlich. Welchem Diagnosepfad gefolgt wird, ist eng verknüpft mit den jeweils als valide und relevant eingeschätzten Wissenskategorien.

Dies alleine würde aber die unterschiedlichen Wissenspraxen in den beiden Sprechstunden nicht erklären. Vielmehr greifen beide Mediziner in der Diagnostik ebenso auf gemeinsame Wissensbestände zurück. In der Beschreibung der unterschiedlichen Kategorie-Typen, die in der Diagnostik einer Alzheimer-Demenz zum Einsatz kommen, wurde deutlich, dass bestimmte diagnostische Kategorien, wie etwa das Alter des Patienten, der Verlauf der Gedächtnisstörung sowie der Ausschluss anderer Erkrankungen für beide Mediziner relevant sind. In den konkreten Praxen hat sich jedoch gezeigt, dass in der Anwendung und Einschätzung dieser Kategorien unterschiedliche Wissensformen hervorgehoben werden. Während in der Gerontopsychiatrie epidemiologische Kategorien und festgelegte Bewertungsmaßstäbe wichtiges Validitätskriterium in der Diagnostik sind, steht für die Neurologen die persönliche Erfahrung und das individuelle Narrativ des einzelnen Patienten im Vordergrund. Diese unterschiedlichen „frames of reference“ (Dodier) verweisen auf unterschiedliche Formen der Repräsentation von Wissen: Wird Wissen in objektivierten Kategorien repräsentiert und an-

---

<sup>173</sup> Barth: *An Anthropology of Knowledge* [wie Anm. 52], S. 3.

<sup>174</sup> Ebd., S. 3f.

hand statistischer Wahrscheinlichkeiten bewertet, oder wird das individuelle Narrativ des Patienten und die spezifische Erfahrung des Mediziners favorisiert.

Die unterschiedliche Betonung der Standardisierung von Wissenspraxen in den beiden Gedächtnissprechstunden ist ein zentrales Motiv, das in meinen Beschreibungen der Übersetzungs- und Selektionspraxen immer wieder auftauchte. Sowohl in der Interaktion mit den Patienten, in der Bewertung von Diagnosekategorien und Diagnosetechniken zeigten sich unterschiedliche Standardisierungstendenzen, die mit den Kriterien Erfahrung beziehungsweise Objektivität und Vergleichbarkeit begründet wurden. Während der Neurologe beispielsweise eine valide Auswertung der neuropsychologischen Testung mit der individuellen Erfahrung des Testers begründete, stand für die Psychiaterin der immer gleiche Ablauf der Tests und die Vergleichbarkeit der Daten im Vordergrund. Die unterschiedlichen Wissenspraxen mit je spezifischen Validitätskriterien sind letztendlich unterschiedliche institutionelle Antworten darauf, wie mit klinischen Unsicherheiten umgegangen werden soll. Vermittelt werden diese institutionellen Standards durch klinische Routinen, die die Wissenspraxen des Mediziner organisieren und legitimieren.

Die neurologische Gedächtnissprechstunde stellte sich als relativ autonom arbeitender „Ein-Mann-Betrieb“ dar, in dem der Spielraum für individuelle Einschätzungen, mit Betonung auf der klinischen Erfahrung des Mediziners, vergleichsweise groß war. In der Gerontopsychiatrie hingegen wurden die Wissenspraxen in einem größeren Team organisiert, in dem hierarchische Strukturen ausgeprägter waren. So zeigte sich am Beispiel der Lumbalpunktion, dass die Ärztin für bestimmte Entscheidungen die Legitimation des Oberarztes benötigte. In der Gerontopsychiatrie wurde zudem stärker auf die Vergleichbarkeit der Praxen und die Einhaltung institutioneller Standards gesetzt. Zwar sind beide Gedächtnissprechstunden an der selben Universitätsklinik angesiedelt und damit grundsätzlich wissenschaftlichen Standards verpflichtet. Die Einbettung in das „Kompetenznetzwerk Demenzen“ mit der Perspektive der Entwicklung und Evaluierung neuer Diagnoseverfahren fordert jedoch, dass das lokale Wissen, das in einer Einrichtung praktiziert wird, für die Vergleichbarkeit mit den Daten anderer Einrichtungen formalisiert werden müssen. Diese Formalisierung von Wissen legt bestimmte institutionelle Standards in Bezug auf Repräsentationsformen und Validitätskriterien fest. Wenn beispielsweise in der Bewertung neuropsychologischer Testverfahren die Erfahrung des einzelnen Testers betont werden würde, könnten diese Testverfahren nicht mit anderen Einrichtungen verglichen werden. Die Betonung liegt auf der Objektivität der Testverfahren und prägt die Validitätskriterien der Wissenspraxen des einzelnen Mediziners. Wie sich aber am Beispiel der Testbatterie CERAD-NP gezeigt hat, werden diese globalen Standards

schließlich für die alltägliche Praxis in der jeweiligen Organisation wieder re-kontextualisiert und mit anderen Testverfahren kombiniert, um sie den spezifischen Interessen und Bedürfnissen der Institution anzupassen. Auch bei der Liquorpunktion hat sich eine gewisse Variabilität in der Umsetzung von Standards gezeigt: Obwohl es aufgrund einer spezifischen Forschungsperspektive die institutionelle Vorgabe einer Routinedurchführung gibt, unterliegt die Umsetzung in der alltäglichen Arbeit mit den Patienten in der Sprechstunde der Einschätzung der Ärztin: „Für mich kommt es immer auf den Einzelfall an“. Trotz hierarchisch geprägter Strukturen besteht in den konkreten Diagnosepraxen immer ein gewisser Handlungsspielraum für den einzelnen Akteur, um mit der Spannung zwischen standardisiertem Wissen und den Erfordernissen des zu behandelnden Einzelfalls umzugehen.

Wie Barth anmerkt, wird das Wissen einer sozialen Organisation auch von äußeren Faktoren beeinflusst. Nicht alle Aspekte klinischen Wissens, wie sie im Alltag einer Gedächtnissprechstunde praktiziert werden, lassen sich auch innerhalb dieser Diagnosepraxen erklären. Einige dieser Aspekte sind während meiner Feldforschung immer wieder am Rande aufgetaucht, ohne dass ich sie aus meiner Forschungsperspektive hätte umfassend beschreiben können. Als kurzen Ausblick auf diese äußeren Einflüsse möchte ich an dieser Stelle eines dieser Themen anführen: die Ökonomie der Diagnose Alzheimer-Demenz. Für die Demenzdiagnostik wie ich sie beschrieben habe, sei es mit oder ohne körperliche Untersuchung oder Liquorpunktion, erhält die Einrichtung von der Krankenkasse 45 Euro. Beide Ärzte hatten übereinstimmend erklärt, die universitären Gedächtnissprechstunden seien hoch defizitäre Einrichtungen. Um die Einrichtungen dennoch finanzieren zu können und vor allem um weitere Forschungen zu ermöglichen, sei es unumgänglich, klinische Studie für pharmazeutische Unternehmen durchzuführen. Hier erhält die Einrichtung je nach Studie pro Patient 6000 Euro. Der „Pharmastrich“, wie die beiden diese Studien nannten, wurde von beiden nicht unkritisch thematisiert, aber dennoch als notwendig angesehen, um die Arbeit in den Gedächtnissprechstunden gewährleisten zu können. Während meiner Forschungsphase wurde die prekäre Situation des wissenschaftlichen Personals an der Berliner Charité nicht zuletzt durch die in dieser Zeit stattfindenden Streiks offensichtlich. Kaum einer der Assistenzärzte hat einen Vertrag, der über zwei Monate hinausgeht, Überstunden, die notwendig sind um den Alltagsbetrieb sicherzustellen, wurden nicht vergütet. Die Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie und die sich daraus ergebenden Forschungsperspektiven beeinflussen, wie Wissen in den Gedächtnissprechstunden praktiziert wird. In der Selbstbeschreibung des „Kompetenznetzwerk Demenzen“ heißt es unter anderem, dass das Forschungsnetzwerk auf Grund der „hohen Standardi-

sierung und sofortigen Verfügbarkeit der Strukturen auch attraktiv für andere Studieninitiatoren [...] wie z. B. der Pharmaindustrie“<sup>175</sup> sei. Die Standardisierung klinischer Wissenspraxen in der Gerontopsychiatrie wird von spezifischen forschungspolitischen Interessen des Forschungsnetzwerkes geprägt. Ohne dass ich die konkreten Einflüsse von Seiten des Netzwerkes aus meiner Forschungsperspektive umfassend beschreiben kann, legt der Vergleich der beiden Gedächtnissprechstunden nahe, dass hier aufgrund bestimmter Forschungsinteressen klinisches Wissen stärker formalisiert und standardisiert wird. Mit einer einseitigen Autorisierung formalisierten Wissens werden jedoch gleichzeitig Aspekte ausgeblendet, die für die eigenen Forschungsinteressen als nicht relevant angesehen werden.<sup>176</sup>

Zu einer ähnlichen Feststellung kommt die kanadische Medizinanthropologin Janice Graham in ihrer Untersuchung einer Datenbank der *Canadian Study of Health and Aging*, in der epidemiologische und klinische Daten der Diagnostik von Demenz von über 10 000 kanadischen Patienten zusammengeführt wurden.<sup>177</sup> Im Vergleich der Daten der verschiedenen medizinischen Subdisziplinen schlussfolgert sie, dass die zunehmende Standardisierung der Demenzdiagnostik zu einer Begrenzung von Wissen über Demenzen führen würde. Sie plädiert dafür, dass man vielmehr den Reichtum an Informationen, der in den unterschiedlichen Diagnoseansätzen zum Vorschein kommt, für weitere Forschung nutzen sollte.

„Although a standardized toolkit has practical utility in addressing common concerns and public-health policy, much might be gained by allowing many different approaches. The loss of information when a standardized approach is forged should be avoided, for it leads to items that go unrecorded, which cannot then be reflected upon, and which are removed from the landscapes of possibilities.“<sup>178</sup>

Insbesondere bei der Erforschung einer Krankheit wie Alzheimer-Demenz, die nach wie vor von offenen Fragen und Unklarheiten geprägt ist, ist das Ausblenden der Vielfalt von Zugängen kontraproduktiv. Dies wird auch in der Alzheimer-Forschung reflektiert. In einer Befragung internationaler Alzheimer-Forscher im Juli 2006 sehen die Herausgeber von *Nature Medicine* Anzeichen dafür,

„[...] that the time may be ripe for the influx of some new ideas into Alzheimer disease research. [...] a surprising proportion of the scientists whom we consulted [...] pointed out that the past three years were actually more notable for the lack of important discoveries in the field of Alzheimer disease. They suggested that Alzheimer research

---

<sup>175</sup> Kompetenznetz Demenzen: Erfolge und Innovation. Nachzulesen unter: [www.kompetenznetz-demenzen.de](http://www.kompetenznetz-demenzen.de) (Zugriff am 12. April 2006).

<sup>176</sup> Dass der Oberarzt der Gerontopsychiatrischen Einrichtung eine Forschung basierend auf qualitativen Methoden, wie ich sie ihm zu Beginn meiner Feldforschung präsentiert habe, als nicht relevant angesehen hat, ist hierfür nur ein Beispiel.

<sup>177</sup> Graham, Janice: Diagnosing Dementia. Epidemiological and Clinical Data as Cultural Text. In: Leibing / Cohen (Hrsg.): Thinking about Dementia [wie Anm. 13], S. 80-105.

<sup>178</sup> Ebd., S. 98.

needs an invasion of new ideas from scientists in other fields to try to reinvigorate the development of new therapeutic targets.“<sup>179</sup>

Neue Ideen und unkonventionelle Erklärungen haben letztendlich die erstmalige Beschreibung dieser Krankheit durch Alois Alzheimer erst möglich gemacht: Für die Entdeckung der Krankheit musste sich Alzheimer auf die Besonderheit eines Einzelfalles einlassen und nach Erklärungen suchen, die der „safety of the norm“ seiner Zeit widersprachen.

---

<sup>179</sup> Nature Medicine (Editorial): Alzheimer Disease. In: Nature Medicine, 12 / 7 (2006), S. 746.

#### *IV. Schlussbetrachtungen*

Für die Erstellung der Diagnose Alzheimer-Demenz gibt es keine sicheren diagnostischen Marker, dennoch wird diese Diagnose im Alltag der beiden Gedächtnissprechstunde routinemäßig gestellt. Den beiden Mediziner ist dabei die Unsicherheit, die mit der Diagnose verbunden ist, durchaus bewusst. Wie ich gezeigt habe, gibt es in den beiden Einrichtungen unterschiedliche Strategien, wie mit diesen Unsicherheiten umgegangen wird und wie die Stabilität der Diagnose Alzheimer-Demenz erzeugt wird.

In der Interaktion von Arzt und Patient ist die Akzeptanz von Seiten des Patienten ein wichtiger Aspekt für eine gesicherte Diagnose. Ob ein Patient und die Angehörigen die Diagnose annehmen, hängt mit den Erwartungen an die Rolle des Arztes, aber auch an die Diagnose selbst zusammen. Wie die Gegenüberstellung mit der Akzeptanz der Diagnose Depression gezeigt hat, ist die Diagnose für den Patienten mit der Legitimation der eigenen Beschwerden und Wahrnehmungen verbunden. Auf Seiten der Mediziner gibt es unterschiedliche Strategien, um mit den spezifischen Erwartungshaltungen der Patienten und Angehörigen umzugehen. In meinen Fallbeispielen wurde deutlich, dass die Rollen und Interaktionsmuster durchaus flexibel sind und die beiden Ärzte sich in der Interaktion auf den konkreten Einzelfall einstellen. Entsprechend stellt sich das Diagnosegespräch als ein Prozess dar, in dem die verschiedenen Erwartungen und Anliegen ausgehandelt werden: Erst wenn die „soziale Alzheimer-Demenz“ mit der „medizinischen Alzheimer-Demenz“ zu einer „klinischen Alzheimer-Demenz“ zusammengefügt werden, kann die Diagnose Alzheimer-Demenz stabil sein.

Die Diagnose basiert zudem auf den Selektionspraxen des Arztes. Im Anamnesegespräch wählt er anhand diagnostischer Kategorien relevante Symptome aus und schließt sukzessive andere mögliche Ursachen für die Störungen aus. In der Kombination mit den Ergebnissen der verschiedenen Diagnoseverfahren stellt er schließlich die Diagnose oder ordnet weitere Testungen an. Der Vergleich der Selektionspraxen in den beiden Gedächtnissprechstunden hat gezeigt, dass die beiden Mediziner dabei unterschiedliche Kategorien und Techniken als relevant ansehen. Begründet ist dies zum einen durch die unterschiedlichen disziplinären Hintergründe der beiden Ärzte. Während in der neurologischen Gedächtnissprechstunde insbesondere körperliche Kategorien für die Diagnose als relevant angesehen werden, liegt in der Gerontopsychiatrie die Betonung auf der psychischen Dimension des Krankheitsbildes. Welche Kriterien vom Arzt als relevant und valide angesehen werden, welchem Diagnosepfad er folgt, hängt zudem mit den klinischen Routinen der jeweiligen Einrichtung zusammen. Diese Routinen organisieren und legitimieren die Diagnosepraxen des einzelnen Mediziners. Sie



verkörpern institutionell geteilte Validitätskriterien und institutionelle Standards, die nur in der jeweiligen Institution gültig sein können.

Die Umsetzung institutioneller Standards innerhalb einer Organisation durch spezifische klinische Routinen als „safety of the norm“ ist letztendlich der Versuch, klinische Unsicherheiten zu kontrollieren. Im Vergleich der beiden Einrichtungen wurde deutlich, dass die zugrunde liegenden Validitätskriterien immer lokal ausgehandelt und angepasst werden. Die Medizinsoziologen Marc Berg und Stefan Timmermanns stellen in einer Untersuchung über die Anwendungspraxen medizinischer Protokolle und klinischer Standards fest, dass die damit vermittelte Universalität von medizinischem Wissen immer nur lokale Gültigkeit haben kann: „universality is always local universality“.<sup>180</sup>

Ob die Diagnose Alzheimer-Demenz in der klinischen Praxis als stabil und damit als sicher angesehen wird, hängt letztendlich von der Interpretationsleistung des Arztes ab. Dahinter stehen kontinuierliche Aushandlungs- und Anpassungsprozesse von klinischem Wissen. Nicht nur die diagnostischen Kategorien, auch die jeweiligen Validitätskriterien, die in den institutionellen Standards und klinischen Routinen verkörpert sind und die Diagnosepraxen strukturieren und legitimieren, sind immer in flux und lokal ausgehandelt. Wie Berg und Timmermanns konstatieren, ist gerade in der Heterogenität und Verhandelbarkeit medizinischer Wissenspraxen auch ihre Stabilität begründet: „In this dynamic, uncertain reality, stability is a consequence of a continuous balancing of temporary agreements, suspended beliefs, or mini-social contracts“.<sup>181</sup>

In der Differentialdiagnose einer Alzheimer-Demenz können verschiedene diagnostische Kategorien und Diagnoseverfahren zum gleichen Krankheitsbild führen. Wie dies diagnostiziert wird, ist heterogen, historisch und lokal verschieden. Letztendlich heißt dass: Es gibt nicht *eine* Diagnose Alzheimer-Demenz, sondern *viele*.

In Bezug auf die Beschreibung und Interpretation von impliziten wie expliziten Machtverhältnissen, Normierungstendenzen, dem Einfluss von ökonomischen Interessen und hierarchischen Strukturen scheint meine Arbeit auffallend blind zu sein. Dieser Themen war ich mir während meiner Arbeit stets bewusst. Meine Forschung war jedoch in erster Linie von dem Interesse geleitet, die beobachteten Praxen in ihrer Komplexität zu verstehen und zu beschreiben und die mannigfaltigen Aushandlungsprozesse, die damit verbunden sind, herauszuarbeiten. Meine Auseinandersetzung mit dem Konzept der Medikalisierung oder in Bezug auf

---

<sup>180</sup> Berg, Marc / Timmermanns, Stefan: Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols. In: Social Studies of Science, 27 (1997), S. 273-305, hier S. 297.

<sup>181</sup> Ebd., S. 297.

Standardisierungstendenzen in der Medizin hat deutlich gemacht, dass eine differenzierte Beschreibung der konkreten klinischen Praxen notwendig ist, um nicht einseitige Dichotomien festzuschreiben, die einen Teil der Komplexität dieser Praxen ausblenden würde.

Damit komme ich zurück zur Frage der Analogien der Wissenspraxen von Ethnografie und Diagnose, wie ich sie in meinem Exkurs im ersten Teil dieser Arbeit aufgemacht habe. Medizinische Praxen sind davon geprägt, Strategien zu entwickeln, um in der Praxis mit der Unvorhersehbarkeit und Komplexität des Einzelfalls und der zunehmenden Ambivalenz medizinischen Wissen umgehen zu können. Wahrscheinlichkeitsberechnungen und Standardisierungspolitiken, die versuchen Risiken kalkulierbar und medizinische Praxen kontrollierbar zu machen, sind letztendlich der Versuch, die Ambivalenz medizinischer Wissenspraxen zu reduzieren. Dieser Reduktionismus hängt mit der spezifischen Aufgabestellung klinischer Praxen zusammen. Die Diagnose ist auf die schnellst- und bestmögliche Behandlung des Patienten ausgerichtet. Anhand von Selektionsmechanismen, wie sie in der Differentialdiagnose der Alzheimer-Demenz deutlich wurden, versuchen Mediziner ausgehend vom Einzelfall Schritt für Schritt diese Komplexität zu reduzieren, um zu einer klinischen Schlussfolgerung zu kommen. Wie ich gezeigt habe, sind sich die beiden Mediziner der klinischen Unsicherheiten, die mit einem Einzelfall verbunden sind, durchaus bewusst. Sie entwickeln dabei unterschiedliche Strategien, die sich an den jeweiligen klinischen Standards orientieren. Klinische Wissenspraxen einseitig als Simplifizierung und Reduktion von Komplexität zu beschreiben, würde jedoch die vielfältigen Strategien und Einschätzungen ausblenden. Erst wenn man die Vielseitigkeit und Prozesshaftigkeit medizinischer Praxen ernst nimmt, lässt sich in einer Erweiterung des Untersuchungsfeldes die Einbettung dieser Praxen in die diversen forschungspolitischen, ökonomischen oder gesundheitspolitischen Strukturen mit den damit verbundenen Machtverhältnissen und Ökonomisierungstendenzen differenziert beschreiben. Diese Positionierung gegenüber essentialisierenden Tendenzen in der Beschreibung medizinischer Praxen richtet sich aber nicht nur an die eigene Disziplin. Vis-a-vis der Medizin ist es die Aufgabe einer ethnografischen Beschreibung zu zeigen, dass das Ernstnehmen von Ambivalenzen in klinischen Diagnoseprozessen die Stabilität einer Diagnose nicht in Frage stellt, sondern grundlegendes Kriterium klinischer Wissenspraxen sein muss. Standardisierungen können klinische Unsicherheiten nicht auflösen, die Medizin wird es immer mit den Besonderheiten und Unwägbarkeiten eines Einzelfalls zu tun haben.

## V. Anhang

### 1. Literaturverzeichnis:

- Aebi, Chantal: Validierung der neuropsychologischen Testbatterie CERAD-NP. Eine Multi-Center Studie. Basel 2002.
- Almeida, Osvaldo et al.: Demographic and Clinical Features of Patients Attending a Memory Clinic, in: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8 / 6 (1993), S. 497-501.
- Barth, Fredrik: An Anthropology of Knowledge. In: *Current Anthropology*, 43 / 1 (2000), S. 1-11.
- Berg, Marc / Timmermanns, Stefan: Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols. In: *Social Studies of Science*, 27 (1997), S. 273-305.
- Berg, Marc: The Construction of Medical Disposals. Medical Sociology and Medical Problem Solving in Clinical Practice. In: *Sociology of Health and Illness*, 14 / 2 (1992), S. 151-180.
- Berrios, German: The History of 'Alzheimer's Disease',  
<http://www.wellcome.ac.uk/en/genome/geneticsandsociety/hg13f026.html> (Zugriff am 19. Dezember 2005).
- Blaxter, Mildred: Diagnosis as Category and Process: The Case of Alcoholism. In: *Social Sciences and Medicine*, 12 (1978), S. 9-17.
- Blech, Jörg: Hirn, kurier dich selbst! In: *Der Spiegel*, 20 (2006), S. 164-178.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin 2005.
- Burns, Alistair / Byrne, Jane / Maurer, Konrad: Alzheimer's Disease. In: *The Lancet* 360 (2002), S. 163-65;.
- Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 18 (1907), S. 177-189.
- Cohen, Lawrence: No Aging in India, Alzheimers's, the Bad Family, and Other Modern Things. Berkeley 1998.
- Cohen, Lawrence: Toward an Anthropology of Senility: Anger, Weakness, and Alzheimer's Disease in Banaras, India. In: *Medical Anthropology Quarterly* 9 / 3 (1995), S. 314-334.
- Conrad, Peter: Medicalization and Social Control. In: *Annual Review of Sociology*, 18 (1992), S. 209-232.
- Dodier, Nicolas: Clinical Practice and the Procedures in Occupational Medicine: a Study of the Framing of Individuals. In: Mol, Annemarie / Berg, Marc (Hrsg.): *Differences in Medicine Unraveling. Practices, Techniques, and Bodies*. Durham / London 1998, S. 53-85.
- Franklin, Sarah: Science as Culture, Cultures of Science. In: *Annual Review of Anthropology* 24 (1995), S. 163-84.
- Geertz, Clifford: *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*, Frankfurt a. M. 1999 (6. Auflage).
- Gigerenzer, Gerd: *Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken*. Berlin 2002.

- Gordon, Deborah: Clinical Science and Clinical Expertise: Changing Boundaries between Art and Science in Medicine. In: Lock, Margaret / Gordon, Deborah (Hrsg.): Biomedicine Examined. Dordrecht / Boston / London 1988, S. 257-295.
- Graham, Janice: Diagnosing Dementia. Epidemiological and Clinical Data as Cultural Text. In: Leibing, Annette / Cohen, Lawrence (Hrsg.): Thinking about Dementia. Culture, Loss, and the Anthropology of Senility. New Jersey 2006, S. 80-105.
- Hacking, Ian: Was heißt „soziale Konstruktion“? Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften. Frankfurt a. M. 1999.
- Henderson, J. Neil: The Experience and Interpretation of Dementia: Cross-Cultural Perspectives. In: Journal of Cross-Cultural Gerontology, 17 (2002), S. 195-196.
- Holstein, Martha: Alzheimer's Disease and Senile Dementia, 1885-1920: an Interpretive History of Disease Negotiation. In: Journal of Aging Studies, 11 / 1 (1997), S. 1-13.
- Keller, Jeffrey N.: Age-Related Neuropathology, Cognitive Decline and Alzheimer's Disease. In: Ageing Research Reviews, 5 (2006), S. 1-13.
- Knorr-Cetina, Karin: The Manufacture of Knowledge. Oxford 1981.
- Kompetenznetzwerk Demenzen: [www.kompetenznetz-demenzen.de](http://www.kompetenznetz-demenzen.de) (Zugriff am 12. April 2006).
- Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Leipzig 1910 (2. Auflage).
- Labisch, Alfons / Paul, Norbert: Medizin: Zum Problemstand. In: Lexikon der Bioethik, Band II, Gütersloh 2000, S. 631-642.
- Laske, Christoph / Morawetz, Carmen / Buchkremer, Gerhard / Wormstall, Henning: Präventive Maßnahmen bei demenziellen Erkrankungen. In: Deutsches Ärzteblatt 102 / 20 (2005), S. A-1446-52.
- Latour, Bruno / Woolgar, Steve: Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts. Princeton 1986.
- Leibing, Annette / Cohen, Lawrence (Hrsg.): Thinking about Dementia. Culture, Loss, and the Anthropology of Senility. New Jersey 2006.
- Leibing, Annette: Flexible Hips? On Alzheimer's Disease and Aging in Brazil. In: Journal of Cross-Cultural Gerontology, 17 (2002), S. 213-232.
- Leitlinien „Diagnostik degenerativer Demenzen (Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz)“, Was gibt es Neues?; unter: <http://www.dgn.org/34.0.html> (Zugriff am 15.09.06).
- Lexikon der Bioethik, Band 1-III, Gütersloh 2000.
- Lindeboom, Jaap / Weinstein, Henry: Neuropsychology of Cognitive Ageing, Minimal Cognitive Impairment, Alzheimer's Disease, and Vascular Cognitive Impairment. In: European Journal of Pharmacology, 490 (2004), S. 83-86.
- Lock, Margaret / Freeman, Julia / Sharples, Rosemary / Lloyd, Stephanie: When it runs in the Family: Putting Susceptibility Genes into Perspective (eingereicht zur Veröffentlichung in: Public Understanding of Science, 2005).
- Lock, Margaret / Gordon, Deborah (Hrsg.): Biomedicine Examined. Dordrecht / Boston / London 1988.

- Lock, Margaret / Lindenbaum, Shirley (Hrsg.): Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life. Berkeley / Los Angeles / London 1993.
- Lock, Margaret / Young, Alan / Cambrosio, Alberto (Hrsg.): Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry. Cambridge 2000.
- Löwy, Ilana: Trustworthy Knowledge and Desperate Patients: Clinical Tests for New Drugs from Cancer to AIDS. In: Lock / Young / Cambrosio (Hrsg.): Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry. Cambridge 2000, S. 49-81.
- Luhmann, Niklas: Risiko und Gefahr. In: Krohn, Wolfgang / Krücken, Georg (Hrsg.): Riskante Technologien: Reflexion und Regulation. Frankfurt a. M. 1993, S. 138-185.
- Luhmann, Niklas: Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. (3. Auflage) Stuttgart 1989.
- Mahlberg, Richard / Gutzmann, Hans: Diagnostik von Demenzerkrankungen. In: Deutsches Ärzteblatt, 102 / 28-29 (2005), S. A-2032-39.
- Martínez-Hernández, Angel: What's behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding. Amsterdam 2000.
- Maurer, Konrad / Maurer, Ulrike: Alzheimer. Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit. München 1998.
- McKhann, G. / Drachman, D. / Folstein, M. / Katzman, R. / Price, D. / Stadlan, E. M. : Clinical Diagnosis of Alzheimer's Disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the Auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 34 (1984), S. 939-944.
- Mol, Annemarie / Berg, Marc (Hrsg.): Differences in Medicine Unraveling. Practices, Techniques, and Bodies. Durham / London 1998.
- Mol, Annemarie: The Body Multiple. Ontology in Medical Practice. Durham / London 2002.
- National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidelines: [www.nice.org.uk/guidance/TA111](http://www.nice.org.uk/guidance/TA111) (Zugriff am 28. November 2006).
- Nature Medicine (Editorial): Alzheimer Disease. In: Nature Medicine, 12 / 7 (2006), S. 746.
- Neurologie und Psychiatrie für Studium und Praxis, hrsg. v. Markus Müller, Breisach am Rhein 1998.
- Nowotny, Petra / Kwon, Jennifer / Goate, Alison: Alzheimer's Disease. In: Encyclopedia of Life Sciences. Elsevier 2001, S. 1-6.
- Petersen, R. C. et al.: Mild Cognitive Impairment. Clinical Characterization and Outcome. Archives of Neurology, 56 / 3 (1999), S. 303-308.
- Rieser, Sabine: Antidementiva: Wirkung mit Fragezeichen. In: Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), A 318.
- Schatzki, Theodore R. / Knorr Cetina, Karin / von Savigny, Eike: The Practice Turn in Contemporary Theory. London / New York 2001.
- Schmidtke, Klaus et al.: Diagnostik degenerativer Demenzen. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Leitfäden, [www.dgn.org/34.0.html](http://www.dgn.org/34.0.html) (Zugriff am 24. November 2005).
- Smith, André: Negotiating the Moral Status of Trouble. In: Leibing, Annette / Cohen, Lawrence (Hrsg.): Thinking about Dementia. Culture, Loss, and the Anthropology of Senility. New Jersey 2006, S. 64-79.

The Lancet Neurology (Editorial): „Are We Missing the Point in Dementia Research?“, 3 (2004).

Thome, J. / Eisch, A. J.: Neuroneogenese – Neurogenesis. In: Der Nervenarzt, 76 (2005), S. 11-19.

Timmermanns, Stefan / Berg, Marc: The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care, Philadelphia 2003.

Traphagan, John W.: Taming Oblivion, Aging Bodies and the Fear of Senility in Japan. New York 2000.

Zöckler, Ann-Katrin: „Doing Alzheimer“ – (Wissenschaftliche) Perspektiven auf ein multidimensionales Problem unserer Zeit. Berlin 2005 (unveröffentlichtes Manuskript).



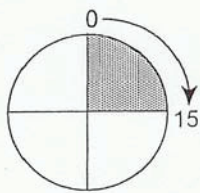
## 2. Materialien

### *Beispiele der neuropsychologischen Testung*

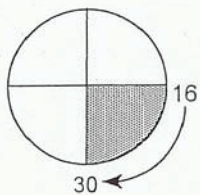
#### CERAD-Testbatterie

##### 1. CERAD-NP Verbale Flüssigkeit: Kategorie ‚Tiere‘

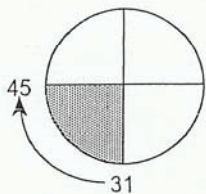
„Bitte zählen Sie alle Dinge auf, die zur Kategorie ‚Tiere‘ gehören. Sie haben eine Minute Zeit.  
Sind Sie bereit? Bitte beginnen Sie!“



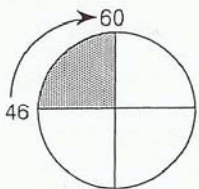
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Verbale Flüssigkeit: Summe richtiger Antworten

--	--

scrd1

### 3. CERAD-NP Mini-Mental Status

„Nun möchte ich Ihnen einige Fragen stellen, um Ihr Gedächtnis und Ihre Konzentration zu prüfen. Einige Fragen mögen einfach, andere schwieriger sein.“

Score

„Welches Jahr haben wir?“ (exakt) .....	
„Welche Jahreszeit?“ (Toleranz $\pm$ 2 Wochen) .....	
„Den wievielten des Monats?“ (Toleranz $\pm$ 1 Tag) .....	
„Welcher Wochentag ist heute?“ (exakt) .....	
„Welcher Monat?“ (Name oder Zahl) .....	
„In welchem Land sind wir?“ .....	
„In welchem Bundesland?“ .....	
„In welcher Ortschaft?“ .....	
„Auf welchem Stockwerk“ .....	
„An welchem Ort befinden wir uns?“ (Name oder Adresse) .....	
„Ich werde Ihnen nun drei Wörter nennen. Nachdem ich diese gesagt habe, möchte ich Sie bitten, sie zu wiederholen.“ (max. 3 Durchgänge, nur den 1. Durchg. bewerten).	Zitrone Schlüssel Ball (max.3)
„Nun werde ich Ihnen ein Wort nennen. Bitte buchstabieren Sie es vorwärts und rückwärts. Das Wort ist „PREIS“. Können Sie es vorwärts buchstabieren? Bitte buchstabieren Sie es jetzt rückwärts.“ (Wenn nötig, wiederholen. Nur rückwärts werten.)	_____ S I E R P (max.5)
„Welches sind die drei Wörter, die Sie sich vorhin merken sollten? .....	(max.3)
„Was ist das?“ (Zeigen Sie der TP Ihre <u>Armbanduhr</u> .) .....	
„Was ist das? (Zeigen Sie der TP einen <u>Bleistift</u> ) .....	
„Sprechen Sie mir nach: <u>Bitte keine Wenn und Aber.</u> “ (nur ein Versuch erlaubt)	
„Lesen Sie bitte, was auf diesem Blatt steht, und führen Sie es aus“ (s. nächste Seite: <u>„Schliessen Sie Ihre Augen.“</u> Richtig, wenn TP die Augen schließt).	
„Ich werde Ihnen ein Blatt Papier geben. Wenn ich es Ihnen gebe, nehmen Sie es bitte mit der <u>rechten Hand</u> , <u>falt</u> en es mit beiden Händen, und legen es dann auf Ihren <u>Schoß</u> .“ (Erst vollständig vorlesen, dann das Blatt mit beiden Händen reichen.)	(max.3)
„Schreiben Sie bitte irgend einen <u>vollständigen Satz</u> auf dieses Blatt Papier.“	
„Hier ist eine Figur. Bitte zeichnen Sie diese Figur auf dem gleichen Blatt Papier ab.“ (Siehe nächste Seite. - Richtig, wenn alle Ecken der beiden Fünfecke vorhanden sind und die sich überlappenden Fünfecke ein Viereck bilden).	

## Clock Drawing Test

Legen Sie der TP den vorgezeichneten Kreis vor (siehe nächste Seite). „Dies soll eine Uhr sein. Bitte schreiben Sie in die Uhr die fehlenden Ziffern.“ Wenn die TP die Ziffern eingetragen hat, sagen Sie: „Bitte zeichnen Sie jetzt die beiden Zeiger der Uhr, so dass die Uhrzeit 10 Minuten nach elf ist.“ Bei Fragen der TP wiederholen Sie die Testinstruktion unter Verwendung von Synonymen.

Ein Score von 3 Punkten gilt für die Beantwortung der diagnostischen Kriterien als Abweichung von mehr als 1 SD von der Altersnorm.

Score (Bewertung zwischen 1 und 6, siehe Kriterien unten):



Score	Beschreibung	Beispiele
1	<p>"perfekt"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ziffern 1 - 12 richtig eingezeichnet</li> <li>zwei Zeiger, die die richtige Uhrzeit anzeigen</li> </ul>	
2	<p>leichte visuell-räumliche Fehler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Abstände zwischen den Ziffern nicht gleichmäßig</li> <li>Ziffern außerhalb des Kreises</li> <li>Blatt wird gedreht, so dass Ziffern auf dem Kopf stehen</li> <li>Patient verwendet Linien ("Speichen") zur Orientierung</li> </ul>	
3	<p>fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung der Uhr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nur ein Zeiger</li> <li>"10 nach 11" oder ähnliches als Text hingeschrieben</li> <li>keine Uhrzeit eingezeichnet</li> </ul>	
4	<p>mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, so dass ein korrektes Einzeichnen der Uhrzeit unmöglich wird</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>unregelmäßige Zwischenräume</li> <li>Ziffern vergessen</li> <li>Perseveration: wiederholt den Kreis, Ziffern jenseits der 12</li> <li>Rechts-Links-Umkehr (Ziffern gegen den Uhrzeigersinn)</li> <li>Dysgraphie: keine lesbare Darstellung der Ziffern</li> </ul>	
5	<p>schwergradige visuell-räumliche Desorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wie unter "4" beschrieben, aber stärker ausgeprägt</li> </ul>	
6	<p>keinerlei Darstellung einer Uhr (cave: Ausschluß Depression / Delir!)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>kein wie auch immer gearteter Versuch, eine Uhr zu zeichnen</li> <li>keine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr</li> <li>Patient schreibt Worte oder Namen</li> </ul>	

Shulman KI, Shedletsky R & Silver IL (1986). The challenge of time: Clock-drawing and cognitive function in the elderly. Int J Ger Psych 1: 135-140.